



Cahiers de Systémique

FAIRE FAMILLE



AUTOUR DE L'ENFANT ?

2023
n° 3

prospective et systémique
psinstitut

éditions
de l'ill



Cahiers de Systémique



Cahiers de systématique

2023 – n° 3

Numéro coordonné
par Daria DRUZHINENKO-SILHAN
& Patrick SCHMOLL

ISBN 978-2-490874-42-2

Cahiers de Systémique

www.groupepsi.com/cahiers-de-systemique

ISSN 2968-0190

Directeur de la publication : Patrick SCHMOLL
PSInstitut, 11 boulevard Leblois, 67000 STRASBOURG (France)

Rédacteur en chef : Christophe HUMBERT

Comité de rédaction :
Mylène BAPST, Vivien BRACCINI, Serge FINCK, Christophe HUMBERT,
Hugues PETITJEAN, Patrick SCHMOLL, Daria DRUZHINENKO-SILHAN



Faire famille : autour de l'enfant ?

Numéro coordonné par Daria DRUZHINENKO-SILHAN & Patrick SCHMOLL

ISBN 978-2-490874-42-2

Sommaire

Présentation	p. 3
L'enfant obèse et sa famille : une approche homéodynamique Daria DRUZHINENKO-SILHAN & Patrick SCHMOLL	p. 5
Mutations du système filiatif : l'exemple de la parentalité lesbienne en France Mylène BAPST	p. 19
Le dialogue entre parents immigrés et professionnels en crèche. L'enfant au point de rencontre de deux systèmes culturels Sahika PAT HERRMANN	p. 27
Les effets des violences conjugales sur le vécu de la grossesse et la construction des liens précoces Cécile BRÉHAT	p. 35
Violences conjugales et intrafamiliales : interroger le concept de continuum Virginie LE CORRE	p. 45
Faire famille autour d'un enfant disparu Dominique MERG-ESSADI	p. 55



Présentation

Daria DRUZHINENKO-SILHAN

Chargée de recherche en Psychologie
PSInstitut Strasbourg
Chercheure associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

daria.silhan@gmail.com

Patrick SCHMOLL

Anthropologue, Directeur scientifique
PSInstitut Strasbourg

En approche systémique, la famille n'est pas la simple addition de ses membres. Elle est une entité en soi, qui définit ses frontières et ses relations avec l'extérieur, distribue les rôles à l'intérieur, assure sa cohésion et la transmission de son ethos d'une génération à une autre. Elle est alors soumise à une double exigence possiblement contradictoire : rester ensemble et cependant permettre à ses membres de changer, de s'individualiser.

Mais la famille elle-même, lieu idéalisé de la permanence, change sous la pression des évolutions sociétales. Il ne fait guère de doute que depuis le milieu du XXe siècle des transformations profondes ont affecté les formes traditionnelles de la famille : déclin du mariage, multiplication des divorces et des recompositions familiales, réduction du nombre d'enfants par famille, arrivée plus tardive du premier enfant, généralisation des méthodes contraceptives, techniques de procréation, distribution des rôles entre partenaires du couple, accès des couples homosexuels à la parentalité...

Il ne semble plus qu'il y ait de pertinence à rapporter ces transformations à la figure de la famille traditionnelle : une femme et un homme se rencontrent, s'aiment, et de leur union naît un enfant (préférentiellement plusieurs enfants !) qu'ils élèvent pour en faire un adulte qui les quittera pour à son tour créer un foyer. Faire famille aujourd'hui ne passe plus nécessairement par un couple dont la permanence et les rôles distribués et complémentaires seraient le socle. C'est la parentalité, et donc l'apparition de l'enfant, qui semble désormais définir ce qui fait famille : on parle de « famille » monoparentale à propos d'un parent séparé et son ou ses enfants, parfois d'une mère qui dès le départ a choisi de « faire un bébé toute seule » (comme le chantait Jean-Jacques Goldman dans les années 1980). Familles « recomposées », familles homoparentales, autant de désignations indiquent que la famille « nucléaire », autour d'un couple monogame et hétérosexuel, qui a été le modèle des familles occidentales des années 1950 à 1970, est aujourd'hui confrontée à des évolutions qui l'obligent à se repenser.

Comment le système-famille fait-il son affaire de ces évolutions ? Les familles qui restent référées à un modèle traditionnel s'adaptent diversement, parfois dans des formes pathologiques qu'expriment des symptômes tels que les violences conjugales, les troubles alimentaires... Ces symptômes sont souvent l'expression d'une souffrance qui renvoie à une perturbation plus générale du lien social. Les analystes ont largement discuté, depuis une vingtaine d'années, du trouble de la fonction paternelle, et plus généralement de la crise du tiers, du refus des individus de se voir limiter leur jouissance. La défaillance du tiers au sein de la famille (le refus de l'autorité, ou au contraire les abus de cette dernière) conduit alors ses membres à se tourner vers les formations tierces extérieures : les institutions sociales et sanitaires, parfois la justice, les professionnels de l'éducation... Et quand ils

ne le font pas d'eux-mêmes, la famille s'en trouve davantage exposée aux intrusions des instances de contrôle (services sociaux, justice, santé...). La famille traditionnelle a donc bien du mal. Elle peut être tentée de se refermer sur-elle-même, dans un monde où, au contraire, les sollicitations extérieures sont nombreuses et où les technologies de communication permettent à ses membres de s'échapper.

Paradoxalement, peut-être la famille est-elle en train de se recentrer sur ce qui est sa fonction première : la fabrication des enfants et la transmission entre générations. Ce qui semble se présenter comme un changement de paradigme signale surtout que la famille ne se construit plus autour de la fonction conjugale mais bien autour de la fonction parentale. À la limite, peu importe que le couple soit homosexuel, que même le parent vive sans conjoint, ou que la famille soit recomposée, il reste que c'est le lien parent-enfant qui définit la famille et la fait tenir.

Dans ce contexte, l'enfant prend une place centrale, qui fait peser sur lui une charge psychique importante : c'est lui qui devient le centre de la famille, c'est lui qui fait lien, parfois même il est le médiateur entre ses parents en conflit, il les motive à changer.

Les contributions à ce numéro illustrent différentes variations de ce fonctionnement, avec les interventions institutionnelles et/ou professionnelles qu'il requiert parfois. Dans les cas de violences conjugales et familiales, on observe que souvent ces violences ont commencé à l'occasion d'une grossesse : la survenue d'un enfant est alors le déclencheur apparent des violences, dans un contexte relationnel de couple qui certes y prédisposait. Mais l'enfant est tout aussi souvent celui qui va permettre de sortir de situations de violence systémique : une femme qui jusque-là supportait, et même excusait, la violence de son conjoint, se met à réagir quand c'est au tour de l'enfant d'être destinataire des sévices. L'enfant se voit obligé de prendre en charge cette fonction du tiers qui permet que bougent les choses, et que soient sollicitées les instances tierces extérieures à la famille. On retrouve cette fonction particulière de l'enfant comme moteur de changement dans des situations très variées : dans les familles immigrées, il est le médiateur, parfois le traducteur, entre ses parents et les institutions du pays d'accueil, dès ses premiers pas en crèche ; dans des pathologies comme l'obésité, qui reposent sur des habitudes de vie et de consommation familiales qui résistent au changement, l'enfant est l'élément mobile du système, ne serait-ce que parce qu'il grandit, se transforme nécessairement dans les passages de l'enfance à l'adolescence, puis de l'adolescence au jeune adulte, emportant dans le sillage de ses changements des conséquences sur l'ensemble du système familial qui est le sien.

Cette attribution à l'enfant de la fonction du tiers, qui incombait traditionnellement au père, est problématique : elle est de nature à empêcher l'enfant de s'assumer comme sujet, de quitter la famille et prendre son indépendance. Ce qui pose la question de l'aménagement de cette position, voire du statut de l'enfant dans la société d'aujourd'hui. Comment le système familial s'arrange-t-il d'un discours moral, politique, voire commercial, qui promeut l'enfant à une place d'objet central des désirs et des inquiétudes et lui laisse la charge d'imposer les limites à celles-ci ?

Ce numéro ne répond pas à toutes les questions, mais il ouvre d'intéressantes pistes de recherche pour la compréhension du système famille aujourd'hui et l'anticipation de son devenir dans le futur.



L'enfant obèse et sa famille

Une approche homéodynamique

Daria DRUZHINENKO-SILHAN

Chargée de recherche en Psychologie
PSInstitut Strasbourg
Chercheuse associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

daria.silhan@gmail.com

Patrick SCHMOLL

Anthropologue, Directeur scientifique
PSInstitut Strasbourg

Résumé

Une étude réalisée sur la base de 30 entretiens avec des enfants obèses et leurs parents et de 69 dossiers de santé permet d'identifier une psychodynamique spécifique de ces familles. Le système familial présente une forte stabilité autour des habitudes alimentaires et de vie en général qui favorisent la prise de poids. Les conclusions de cette étude sont a priori pessimistes quant à l'efficacité des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile : les démarches frontales (information, consignes diététiques, entretiens médicaux et psychologiques...) se heurtent à une forte résistance au changement. En prenant de la hauteur, l'approche théorique amène cependant à considérer, non pas seulement l'enfant et sa famille, mais l'obésité entendue largement comme un système bio-psycho-social qui implique certes le sujet pris dans le système familial, mais également les régulations biologiques propres à l'organisme en surpoids, un environnement économique, social et culturel favorisant, et surtout l'évolution de l'ensemble dans le temps, évolution qui fait notamment passer le sujet obèse par des états successifs de stabilité de ce système : enfance, adolescence, jeune adulte, adulte en activité. Une approche homéodynamique met ainsi l'accent sur l'intérêt, pour la prévention et le suivi de l'obésité, d'étudier les processus de bascule d'un état d'équilibre du système vers un autre, à la faveur notamment des perturbations biologiques et psychologiques induites par le passage d'un âge à un autre : par exemple à la puberté, lors d'un événement familial perturbant, ou au passage du collège au lycée, ou du lycée à l'université.

Abstract

A study carried out on the basis of 30 interviews with obese children and their parents and 69 health files makes it possible to identify a specific psychodynamic of these families. The family system presents a strong stability around food and life habits that promotes weight gain. The conclusions of this study are a priori pessimistic as to the effectiveness of procedures for the management of childhood obesity: frontal approaches (information, dietary instructions, medical and psychological interviews, etc.) come up against strong resistance to change. Taking the height, however, the theoretical approach leads to consider, not only the child and his family, but obesity understood broadly as a bio-psycho-social system which involves the subject in his family system, but also the biological regulations specific to the overweight organism, a congruent economic, social and cultural environment, and above all, the evolution of the whole over time, which in particular causes the obese subject to pass through successive states of stability of this system: childhood, adolescence, young adult, working adult. A homeodynamic approach thus emphasizes the interest, for the prevention and monitoring of obesity, of studying the processes of switching from one state of equilibrium of the system to another, in particular due to biological and psychological disturbances induced by the transition from one age to another: for example at puberty, during a disturbing family event, or the transition from college to high school, or from high school to university..

Mots-clés

Surpoids – Obésité – Enfant – Système familial – Systémique – Homéodynamique

Keywords

Overweight – Obesity – Child – Family system – Systems Theory – Homeodynamics

INTRODUCTION

Une étude réalisée entre 2013 et 2016 auprès d'enfants en surpoids et obèses accueillis avec leurs parents dans le cadre des dispositifs de prise en charge de l'obésité infantile nous a permis d'identifier une dynamique familiale remarquable, que nous exposons dans les lignes qui suivent. Celle-ci se caractérise par une ferme stabilité des habitudes de vie et alimentaires, contribuant à une pathologie également stable. Les tentatives d'actions préventives ou de suivi, qu'elles soient informatives, éducatives ou thérapeutiques, se heurtent à de fortes résistances, qui nous ont conduits à exprimer nos réserves sur l'efficacité des dispositifs existants, s'agissant d'une approche délimitée par son objet : l'obésité infantile avant la puberté.

Cependant, une réflexion théorique étendue, dans une perspective systémique, incite à s'intéresser précisément à la stabilité et à la résistance de ce qui se présente comme un système : non seulement la structure individuelle (psychologique) de ces jeunes sujets, ainsi que l'organisation et la dynamique familiales dans laquelle elle s'inscrit, mais ce que l'on pourrait appeler le « système obésité » incluant en sous-systèmes enchâssés le sujet, sa famille, l'homéostasie propre à l'organisme en surpoids, un environnement économique, social, culturel favorisant, voire l'écosystème global en tant qu'il « produit des gros », et jusqu'aux dispositifs de prise en charge eux-mêmes et leurs professionnels, dans la mesure où ils se referment sur leur objet, qu'il en vivent, et que leurs interventions sont donc susceptibles de paradoxalement renforcer les résistances du système.

Dès lors que l'on considère l'obésité comme un système global, assurant sa propre stabilité dans la durée, l'obésité infantile n'est qu'apparemment un état stable de ce système : elle est un moment d'une dynamique, dont la stabilité ne nous paraît évidente que sous condition que nous nous focalisions sur une certaine classe d'âge, dont le découpage est sans doute fondé en biologie et en psychologie, mais est aussi renforcé par les dispositifs de prise en charge spécialisés par tranches d'âge, et eux-mêmes par des politiques de santé qui catégorisent les problèmes et tendent à cloisonner le champ de l'observation.

Une approche qui prend du recul par rapport à ce zonage temporel permet d'envisager de s'intéresser aux limites du sous-système de l'obésité infantile, et notamment à son bornage dans le temps, puisqu'à la puberté, le sujet change nécessairement. L'obésité adolescente n'est pas l'obésité infantile, elle a sa propre homéostasie. On pourrait alors s'intéresser à ce nouvel état stable du système qu'est l'obésité à l'adolescence, qui va opposer sa propre résistance à des interventions spécialisées au sein de dispositifs de prise en charge également spécialisés sur cette tranche d'âge. Mais la perspective que nous proposons d'ouvrir ici invite à étudier plus précisément ce temps critique du passage entre deux états stables, en l'occurrence la puberté. Plus généralement, l'approche homéodynamique consiste à se saisir de ces moments où le système bascule d'un état stable vers un autre (ici la puberté, plus tard la sortie du système scolaire, l'entrée à l'université, l'entrée dans la vie active), puisque dans ces temps d'entre-deux le système s'éloigne de son état d'équilibre, et s'offre à des possibilités de changement.

Dans le présent article, nous exposons les résultats de l'étude précitée qui nous ont conduits à modéliser l'homéostasie du système-obésité autour de l'enfant en surpoids et sa famille. Puis nous proposons de prendre du champ par rapport à ces premiers résultats en envisageant les ouvertures possibles de ce système au moment des passages d'âges.

RAPPEL DES ENJEUX DE SANTÉ

L'extension de l'obésité¹ dans le monde la fait aujourd'hui considérer comme une pandémie, bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie infectieuse. Les dernières données complètes disponibles, qui remontent à 2016 (OMS 2022), établissaient que près de 2 milliards d'adultes dans le monde étaient en surpoids, dont 650 millions en situation d'obésité, soit respectivement 39% et 13% de la population mondiale, avec des disparités d'une région du monde à une autre : les pays riches sont davantage touchés. En Europe, 59 % des adultes sont en surpoids.

1. Rappelons que l'obésité est définie en fonction de l'Indice de masse corporelle (IMC), donné par le rapport du poids (en kilogrammes) par le carré de la taille (en mètres). Un IMC entre 25 et 30 autorise à parler de surpoids. Au-delà de 30, on parle d'obésité. Chez l'enfant, l'IMC doit être interprété en fonction de l'âge et du sexe, en se référant à la courbe de croissance.

L'obésité est à la fois un facteur de risque médical majeur (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, arthrose, etc.) et la source d'importantes difficultés psychosociales liées au bien-être psychique et moral – comme l'isolement, la dépression, la stigmatisation, etc. De ce fait, ses coûts secondaires sont considérables (autour de 20 milliards d'euros par an en France)². Pour la France, l'enquête Obepi-Roche réalisée tous les trois ans entre 1997 et 2012, et réitérée en 2020 (Fontbonne & al. 2023), montre que la prévalence de l'excès de poids (incluant donc le surpoids et l'obésité) ne cesse d'augmenter, et s'établit à 47,3 % de la population française, dont 17 % des sujets en situation d'obésité. Depuis 1997, la prévalence du surpoids fluctue autour de 30 %. C'est la prévalence de l'obésité qui ne cesse d'augmenter à un rythme rapide. Elle est passée de 8,5 % en 1997 à 15 % en 2012 et 17 % en 2020. L'augmentation est encore plus marquée dans les groupes d'âge les plus jeunes et pour l'obésité morbide, dont la prévalence a été multipliée par près de sept sur la période.

L'un des aspects les plus inquiétants de cette pathologie est qu'elle concerne désormais de plus en plus d'enfants. En 2016, plus de 340 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans étaient en surpoids ou obèses dans le monde (OMS 2022). En Europe, c'est près d'un enfant sur trois (29 % des garçons et 27 % des filles) qui sont en surpoids ou obèses. Or, le risque de développer à l'âge adulte des pathologies associées (diabète et maladies cardiovasculaires, en particulier) est d'autant plus élevé que l'obésité s'est installée précocement (Baker & al. 2007). Alors qu'inversement, si l'on parvient à normaliser le poids chez l'enfant, on atténue voire on élimine le sur-risque cardiovasculaire lié à l'obésité infantile (Juonala M. & al. 2011).

Le traitement, mais aussi la prévention dès le jeune âge, de l'obésité est donc un problème de santé publique, qui a conduit à la création de dispositifs spécifiques d'accueil et de suivi de l'enfant et de l'adolescent obèses, tels ceux avec lesquels nous avons travaillé : le réseau RéPPOP mis en place en 2003, le réseau REDOM soutenu par l'ARS depuis 2005, PRECCOSS à Strasbourg, mis en place en 2014. En 2022, la Haute Autorité de Santé publiait un guide à l'intention des professionnels pour optimiser le parcours de soin³. En 2023, un dispositif « Mission : retrouve ton cap » est mis en place par l'Assurance Maladie et expérimenté dans trois territoires pour permettre aux enfants de 3 à 12 ans en surpoids ou en risque de l'être de bénéficier d'une prise en charge précoce et multiple (diététique, psychologique, activité physique)⁴.

La multiplication de ces dispositifs se heurte cependant à une réalité : l'obésité continue à augmenter, que ce soit chez les adultes comme chez les enfants, même si c'est à un rythme plus lent depuis une vingtaine d'années. La difficulté à éradiquer cette maladie est due à son origine multifactorielle (génétique, biomédicale, environnementale, psychologique, sociologique, culturelle...). Elle se comporte comme un système qui maintient son homéostasie autour du surpoids de l'individu, ce que traduit en particulier le constat que 60 à 75% des personnes qui font des régimes reprennent en quelques mois le poids perdu (Ostermann 1997, Apfeldorfer 2002).

Certaines boucles systémiques sont connues des professionnels qui accueillent et suivent les personnes en surpoids. Par exemple, le surpoids aggrave les problèmes articulaires, ce qui incite la personne à encore moins bouger, et donc à prendre encore plus de poids. On sait aussi qu'une perte de poids par suite d'un régime implique une perte de graisse, mais aussi de muscle, donc une augmentation de la difficulté à faire de l'activité physique, et donc une diminution de la dépense (McCarthy & Berg 2021). Dans un autre ordre d'idées, les disparités sociales dans la distribution de l'obésité au sein de la population indiquent que les familles pauvres ont moins facilement accès à une nourriture variée et de qualité ; or les personnes obèses sont discriminées dans le parcours professionnel et social, sur la base d'un raisonnement qui veut qu'elles soient responsables de leur état (« ils/elles ne font pas d'efforts »). Parmi les personnes peu ou pas diplômées, 14,3% sont obèses et 33,5% en surpoids, contre à peine 5% d'obèses et 19% en surpoids chez les personnes diplômées (Poulain 2009). Or, si les personnes défavorisées sont maintenues dans la pauvreté par cette discrimination liée à leur aspect, elles sont également maintenues dans les conditions de vie qui favorisent l'obésité qui les discrimine.

2. Direction générale du Trésor, Lettre n° 179, septembre 2016.

En ligne : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/90846524-d27e-4d18-a4fe-e871c146beba/files/1f8ca101-0cdb-4ccb-95ec-0a01434e1f34>

3. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf

4. <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16106>

Dans ce contexte, la chirurgie bariatrique est une solution qui est de plus en plus souvent envisagée dans les cas les plus sévères. Toutefois émerge dans la littérature le problème de l'impact de la chirurgie de l'obésité sur l'équilibre personnel des patients. Ainsi, plusieurs publications signalent une augmentation de l'abus d'alcool ou de traitements anxiolytiques ou antidépresseurs après certaines interventions (Arterburn & al. 2014, Courcoulas & al. 2014). Il apparaît aussi des alertes sur l'existence d'un risque accru de suicide après chirurgie comparativement à la population générale ou aux patients obèses non opérés (Lagerros & al. 2017, Neovius & al. 2018).

Avant donc d'envisager une solution qui, certes, fait ses preuves sur un plan strictement biomédical, mais qui peut avoir sur l'économie globale de la personne des effets secondaires dont on ne mesure pas bien la portée, on voit qu'il faut bien considérer l'hypothèse d'une organisation systémique globale de cette pathologie.

L'ÉTUDE KEEPHEALTHYKIDS (2013-2016)

L'étude que nous avons réalisée entre 2013 et 2016 permet d'identifier précisément une partie de cette dynamique, celle qui se joue autour de l'enfant et de sa famille.

Nous avons participé à un projet de recherche sur 36 mois intitulé KeepHealthyKids⁵, qui visait à réaliser un ensemble d'applications en ligne, dont un serious game à visée de sensibilisation, à destination d'un public d'enfants en surpoids et obèses et leurs familles. Les difficultés de nos partenaires privés à réaliser des applications numériques qui eussent effectivement suscité l'intérêt des enfants et de leurs parents et obtenu des effets, sont en elles-mêmes une source d'enseignements (Arambarri & al. 2015, Druzhinenko-Silhan & al. 2014, Druzhinenko-Silhan & Schmoll 2015, 2016).

Dans le cadre de ce projet, notre mission était en effet de réaliser une enquête sur les facteurs individuels et familiaux qui influent sur la prise de poids chez les enfants, et de préparer ainsi le terrain à la réalisation du gameplay du jeu vidéo. L'enquête consistait en un entretien semi-directif, accompagné de tests psychologiques (dessins et test de Rorschach), avec des enfants de 7 à 10 ans ayant un IMC au-dessus du couloir de la norme sur les courbes de croissance, ainsi qu'un entretien avec leurs parents. L'échantillon comportait une trentaine de familles en Alsace, suivies par des réseaux de prise en charge de l'obésité. L'enquête a été complétée par l'analyse de 120 dossiers de suivi médical informant sur les habitudes alimentaires, les activités sportives et l'environnement de l'enfant. 69 de ces dossiers ont été retenus en fonction de nos critères de sélection pour l'étude en question : enfants âgés de 7 à 10 ans au moment de l'accueil dans le réseau, et suivis dans ce dernier au moins jusqu'à une synthèse à 6 ou 12 mois.

L'effectif des échantillons, tant des entretiens que des dossiers, est limité. Il concernait par ailleurs uniquement une population résidant en Alsace. Certains résultats sont cependant suffisamment saillants pour fournir des hypothèses de travail utiles pour l'orientation d'études ultérieures.

Le fait qu'il s'agissait de familles accueillies dans les réseaux de prise en charge de l'obésité, et qui acceptaient le suivi, constitue également un biais, car on doit supposer que les parents qui ont entrepris ou, du moins, accepté une démarche visant à améliorer l'état de santé de leur enfant sont davantage conscients que d'autres qu'il faut changer quelque chose. Un grand nombre de familles qui éludent ce suivi échappent à notre étude. Mais, précisément, on peut faire l'hypothèse que certains des résultats que nous avons observés, déjà sensibles chez les enfants de nos échantillons, ont des chances d'être a fortiori accentués dans la population d'ensemble des familles en surpoids et obèses.

5. Ce programme européen du réseau LEAD ERA associait un consortium de laboratoires publics et d'entreprises du numérique, français et espagnols, en vue de réaliser un ensemble d'applications en ligne, dont un serious game, à destination des enfants de 7 à 10 ans en surpoids et leurs familles, visant à les informer et à les inciter à mieux manger et à effectuer davantage d'activités physiques. Notre propre contribution, dans le cadre à l'époque d'une unité mixte de recherche CNRS/Université de Strasbourg aujourd'hui disparue, était financée par la Région Alsace et le FEDER. Les réseaux alsaciens de prise en charge de l'obésité infantile (ODE à Mulhouse, RCPO à Obernai, RéDOM Jeunes et PRECCOSS à Strasbourg) se sont associés à cette étude en nous permettant de rencontrer les familles et en nous donnant accès à un ensemble de dossiers médicaux préalablement anonymisés.

L'étude était donc centrée sur les enfants d'une tranche d'âge assez resserrée et leurs parents. Il n'est pas intéressant de préciser qu'au début, nous envisagions de nous intéresser à l'ensemble des jeunes n'ayant pas achevé leur croissance, avec en ligne de mire l'objectif thérapeutique généralement visé dans le cas des enfants et adolescents, qui est de stabiliser la courbe de poids, pas de réduire ce dernier. Mais nous avons rapidement dû admettre que les problématiques sont aussi différentes entre les enfants et les adolescents qu'entre ces derniers et les adultes. Les enfants ne sont pas encore pris dans la puberté et ses effets sur le changement objectif du corps, et sur l'image de soi dans le regard de l'autre sexuellement investi. Les systèmes motivationnels ne sont pas les mêmes, les libertés et les moyens de les satisfaire, les possibilités de choix de sorties, de communication avec les amis et l'extérieur de la famille, etc. ne sont pas les mêmes. Les concepts de jeux que nous devons anticiper pour nos partenaires étaient de ce fait différents eux aussi. Nous nous sommes donc limités aux enfants d'âge scolaire avant la puberté. Mais ce choix lui-même, il faut le souligner pour la suite de notre propos, s'il est justifié méthodologiquement, est cependant producteur d'une occultation partielle du champ : car il revient à travailler sur une tranche d'âge qui a ses propres caractéristiques et se présente comme un état stable, laissant à d'autres chercheurs le soin d'étudier d'autres tranches d'âges (adolescence, jeune adulte poursuivant des études, adulte en activité professionnelle, etc.). Et surtout, cette focale sur un état stable, que ce soit l'obésité infantile ou l'obésité à l'adolescence, distrait le regard de ce qui se passe entre deux états : les processus de transformation et de bascule d'un état vers un autre.

L'ANALYSE DES DOSSIERS MÉDICAUX

69 dossiers d'enfants de 7 à 10 ans accueillis dans des réseaux de prise en charge ont donc été dépouillés. Ces dossiers comprennent plusieurs questionnaires, sur les habitudes alimentaires, sur la pratique sportive, et sur l'estimation du bien-être de l'enfant. Ils visent à reconstituer l'histoire de la prise de poids, les antécédents familiaux, d'éventuels événements que les parents, interrogés sur ce point, considèrent comme ayant pu déclencher la prise de poids. Une partie est remplie par les parents au moment de leur pré-inscription dans le réseau, la suite est informée par le pédiatre, le diététicien, le psychologue et l'assistant social.

L'échantillon comprenait davantage de filles (41) que de garçons (28). Cette disparité ne veut pas dire que les garçons sont moins nombreux à présenter un surpoids, mais plus probablement que l'obésité de leur garçon, avant 10 ans, préoccupe moins les parents qu'une obésité de leur fille. Ce point est déjà indicateur que l'incitation à entreprendre une démarche de changement va fortement dépendre des parents, et davantage du regard que les parents supposent des autres sur leur enfant que du ressenti que l'enfant a de lui-même. Mais il est vrai, aussi, comme nous le précisons plus loin, que les garçons à cet âge voient moins d'inconvénients à leur poids que les filles, car il leur confère un avantage concret en cas de bagarre avec leurs pairs. Cette disparité garçons-filles dans la préoccupation pour leur physique va évoluer à la puberté.

Les dossiers font apparaître, sans surprise, que ces enfants mangent plus qu'il n'est nécessaire. Ils sont 4 sur 5 à se resservir à table. Entre les repas, ils grignotent. Les tentatives de restreindre leur prise alimentaire révèle une intolérance à la frustration sur ce point. Ils sont 2 sur 5 à se mettre en colère dès qu'on leur refuse ce qu'ils veulent manger. Il y a là une zone de conflit potentiel, confirmée par nos entretiens avec les familles, ainsi que par les pédiatres, diététiciens et psychologues avec qui nous nous sommes entretenus : les parents n'arrivent pas bien à gérer cette opposition de/à leur enfant, qu'ils préfèrent contourner, précisément en ne lui refusant rien au niveau alimentaire.

Cette difficulté indique une difficulté plus générale à dire non et à frustrer leur enfant. Tout en étant informés et en accord avec les conseils diététiques qui leur sont donnés, les parents n'arrivent pas à les mettre en place, soit parce que cela leur demande un effort, soit (et surtout) parce que cela implique d'entrer en conflit avec l'enfant. Au cours des entretiens, un père nous dit : « Je sais que c'est mauvais que mon fils regarde la télé pendant le repas, mais je sais que comme cela ma femme est tranquille et puis mon fils aussi. Une fois j'ai essayé d'éteindre la télé, il a commencé à hurler et je l'ai pas supporté. Je ne supporte pas ses colères... ». Dans une autre famille, les parents se plaignent que leur fille mange trop de sucreries, et notamment de brioches. Ils la réprimandent régulièrement sur ce point, tout en laissant en permanence sur la table un panier de brioches. Ils estiment que c'est à leur fille d'apprendre à se contrôler, et non aux autres membres de la famille de se priver. Leur fille est donc supposée s'autodiscipliner : n'oublions pas qu'elle a neuf ans...

Manger est donc important. Mais quand on leur demande pourquoi ils mangent autant, il leur est difficile de décrire leur ressenti. 7 sur 10 n'arrivent pas à faire la différence entre « avoir faim » et « avoir envie ». La faim est donnée comme raison de manger par 8 enfants sur 10, et la gourmandise par 7 sur 10 (3 sur 10 ont envie de manger dès qu'ils passent devant de la nourriture). Ils sont également près d'un quart à déclarer qu'ils mangent parce qu'ils s'ennuient.

Le surpoids est également à mettre au compte d'une activité physique insuffisante. Près de deux tiers des enfants vont à l'école à pied, ce qui serait un signe encourageant si l'on n'apprenait que, dans ces cas, leur trajet ne prend pas plus de dix minutes. Si le trajet à pied doit durer plus de dix minutes, on utilise la voiture.

On verra dans les entretiens pourquoi, mais ces enfants sortent peu. Pourtant, quand on leur pose la question, ils déclarent aimer les sorties et ils sont 4 sur 5 à répondre qu'ils aiment faire du sport. Mais cette affirmation doit être interprétée avec prudence. Quand on leur demande pourquoi ils aiment faire du sport, on découvre que 7 enfants sur 10 le font d'abord pour s'amuser, et que pour plus de la moitié, faire du sport, c'est être avec des amis. Le fait de prendre soin de sa santé (qui est une préoccupation d'adultes), ou la dépense physique qui devrait être le but de « faire du sport », ne viennent à l'esprit que d'un peu plus d'un tiers d'entre eux.

Il y aurait lieu de se demander ce que l'enfant entend par « faire du sport ». Les entretiens confirment que s'ils se retrouvent avec des copains (ce qui est le but) sur le terrain de foot et avec un ballon, même si ce n'est que pour discuter, ils « font du sport ». Les indicateurs de durée d'activité physique et d'inactivité au cours de la semaine sont à cet égard instructifs. Ils sont 40 sur 63 dossiers renseignés à avoir bougé moins de 7h par semaine (trajets à pied ou à vélo, récréation, jeux et sport à l'école, activités sportives dans un club, activités physiques à la maison telles que faire son lit, etc.). Ils sont, a contrario, 29 sur 59 dossiers renseignés à estimer leurs activités sédentaires (hors école) à plus de 14h par semaine (télévision, ordinateur, jeux vidéo, musique, lecture, etc.).

La partie du dossier de suivi consacrée à l'évaluation du bien-être de l'enfant par lui-même est sans doute la plus intéressante, et permet de remettre en perspective les résultats précédents. Car, si les enfants ne saisissent pas bien la différence entre faim et gourmandise, s'ils ne comprennent pas qu'ils mangent trop, s'ils pensent qu'ils font assez d'activité physique, pourquoi consultent-ils ? Le fait est qu'essentiellement, ils ne voient pas pourquoi : ce sont les autres, les parents, les éducateurs, les soignants, qui les y poussent. Cette méconnaissance de leur pathologie est évidemment entretenue au prix d'une représentation particulièrement fictionnelle d'eux-mêmes et de leur situation.

Ils ne sont que 11 enfants sur les 69 à avoir exprimé une demande explicite d'aide dans le but de perdre du poids. Nos propres entretiens nous confirment que rares sont les enfants qui se souviennent spontanément des raisons pour lesquelles ils sont accueillis dans le réseau de prise en charge. Dans les entretiens avec les pédiatres, ils sont pourtant près de la moitié à dire qu'ils souffrent des moqueries de leurs camarades. 28 enfants sur 69 (soit 4 sur 10) aimeraient changer quelque chose dans leur corps, et 19 pour pouvoir faire du sport plus facilement. Mais ces affirmations suggèrent que ce sont des contraintes extérieures, le regard des autres, plutôt qu'un désir propre, le regard qu'ils ont sur eux-mêmes, qui les pousseraient au changement. À leur âge, le corps ne pèse (si l'on peut dire) pas encore autant qu'il va le faire à l'adolescence sur leur construction subjective (Cohen-Salmon & Rebelo 2020).

En effet, leur image du corps, telle qu'elle s'exprime dans un questionnaire d'auto-évaluation administré à 43 d'entre eux, est plutôt positive. En réponse à la question « Quand je réfléchis sur moi-même et que je pense à mon corps, je me sens... », ils sont 33 sur 43 (soit 4 sur 5) ayant répondu à se sentir « bien » ou « plutôt bien ». Et à la question « Je me trouve... », ils sont autant à répondre « beau/belle » ou « plutôt beau/belle ». De manière encore plus remarquable, ils sont 42 sur 43, soit presque tous, à penser que les autres ont aussi une image positive d'eux (question : « Je pense que mes proches et mon entourage ont une image de moi... »).

Dans nos propres entretiens, nous posons la question : « Et si je te dis de ne pas penser à ce que les autres te disent sur ton poids, est-ce que tu trouves qu'il faut changer quelque chose ? ». La réponse est le plus fréquemment : « Non ».

On peut donc penser que le corps de l'enfant obèse est le symptôme d'une souffrance, mais ce n'est, la plupart du temps, pas de son poids que l'enfant lui-même souffre. Il aurait même plutôt tendance, si l'on veut bien donner tous ses sens à l'expression, à se considérer « en pleine forme ». Ce sont les autres, ses camarades, ses parents,

les éducateurs et les soignants qui ne le voient pas tel qu'il se ressent et qui le poussent à changer, dans une direction qu'il trouve contraignante. Les autres peuvent lui renvoyer une image négative de lui, mais qui n'est pas celle qu'il se fait de lui. Et cette représentation qu'il a de lui, ainsi que le montrent les réponses au questionnaire, résiste même assez bien à ce retour négatif, au prix, bien sûr, d'un certain déni de sa part.

Comme dit plus haut, le surpoids peut même présenter un avantage dans certaines situations, surtout pour les garçons, car dans un affrontement physique, l'adversaire peut se retrouver immobilisé au sol par un combattant massif dont il aura du mal à se dégager.

Cette image positive de soi va évidemment évoluer à la puberté, à mesure que l'opinion des pairs, et notamment de l'autre de l'autre sexe, deviendra plus importante pour le/la pré-adolescent-e, puis l'adolescent-e, et qu'il/elle tendra à l'intérioriser. Mais avant 10 ans, les soignants et les éducateurs doivent tenir compte de cette capacité de résistance que la représentation de soi oppose au changement.

LES ENTRETIENS CLINIQUES

Les entretiens ont été proposés aux enfants et parents de 30 familles, mais seuls 19 enfants (14 filles et 5 garçons) et 17 parents ont accepté l'ensemble du protocole, qui comprenait un entretien avec les parents, un entretien avec l'enfant, un test de Rorschach, et les tests de dessins (dessin du bonhomme, dessin de la famille réelle, dessin de la famille idéale). 2 parents qui avaient accepté dans un premier temps ne sont pas revenus pour l'entretien.

Les entretiens fournissent quantité de données utiles pour comprendre la dynamique familiale de ces familles. Pour ne retenir ici que l'essentiel, on dira qu'il s'agit de familles très soudées par un mode de vie qui s'auto-entretient à la manière d'un système homéostatique.

Les parents aiment leurs enfants et réciproquement, l'attachement est fort, la maltraitance est absente du côté des parents, et l'expression de la violence pareillement du côté des enfants. Mais ils les aiment sous une forme qui a sa contrepartie :

1. L'attachement se manifeste par une difficulté des parents (de la mère ? c'est le plus souvent elle qui parle) à voir leur enfant s'éloigner physiquement. Les parents sont inquiets à l'idée de laisser leurs enfants sortir seuls. Des légendes urbaines sont reprises pour donner corps à cette inquiétude : on a entendu parler d'enfants enlevés dans le quartier, pour des motifs aussi divers qu'horribles (pédophilie, ventes pour adoption, commerce d'organes). Au-delà d'un certain périmètre autour du domicile, les parents accompagnent donc leurs enfants. Mais les sorties en famille sont rares, et les sorties sportives en famille encore plus rares. L'enfermement à la maison, devant la télévision ou les jeux vidéo, devient ainsi le facteur le plus apparent de la prise de poids, mais qui est surtout l'expression visible d'un mode de vie familial, voire d'une structure, impliquant l'immobilité et le repli sur la sphère privée.

2. La violence est absente dans ce mode de vie, de part et d'autre, mais le conflit, également, est évacué. Les parents ont beaucoup de difficulté à gérer les différends, les disputes, à supporter les colères qu'implique nécessairement, dans l'exercice de la fonction parentale, le fait d'interdire à l'enfant de faire tout ce qu'il veut. Ils mettent en avant une éducation souple, comptant sur le raisonnement et l'autodiscipline de la part des enfants, y compris à un âge où les enfants ont besoin d'être limités par des tiers (cf. l'exemple des brioches plus haut).

Différentes recherches (Beck & Terry 1985, Banis & al. 1988, Lissau & Sorensen 1994) ont souligné que les familles d'obèses comparées aux familles sans obésité sont caractérisées par un nombre plus important de conflits. Ce point semble contredire ce que nous avançons ici, il s'agit donc de préciser de quoi l'on parle en utilisant les termes de « différend », « conflit » ou « violence ». Les parents et les enfants peuvent se disputer à l'occasion d'un désaccord : on élève la voix, on crie, on claque les portes. L'expression verbale et émotionnelle de la colère, surtout si elle est fréquente, peut être considérée comme « violente » par l'observateur, et effrayer les protagonistes eux-mêmes. Mais, d'une part, si le différend ne va pas jusqu'aux atteintes physiques, c'est que le conflit est maintenu à l'intérieur de limites qui sont celles de l'expression des émotions, voire de l'usage manipulateur qui peut en être fait dans une négociation. D'autre part, mettre ainsi en scène le différend, en le faisant porter sur un objet métonymique, ici la nourriture, permet d'éviter les motifs qui seraient alors ceux d'un vrai conflit, pouvant porter la

cellule familiale à se disloquer : l'envie de chacun de sortir, voir des amis, pouvoir dire à ses parents qu'ils ne sont pas les seuls que l'on aime. Or, ce conflit-là est structurant pour l'individu.

Cette difficulté est répandue de nos jours, y compris dans des familles qui ne sont pas frappées par les problèmes de surpoids et d'obésité. Dans les familles du système-obésité, l'alimentation va jouer un rôle de médiation. Là où l'absence d'interdit serait déstructurante pour l'enfant dans d'autres familles, car source d'angoisse et de conduites violentes ou pathologiques, la fuite du conflit, conjuguée avec la nécessité de pourtant maintenir une zone minimale de différends où s'expriment les désaccords, les discussions et les négociations, va conduire à restreindre l'interdiction et la conflictualité à une zone de conflit potentiel définie autour de la nourriture. Partout ailleurs, l'enfant est obéissant (il accepte de ne pas sortir, alors que dans les questionnaires, la plupart des enfants déclarent souhaiter sortir, être avec des amis). Mais sur la prise de nourriture, il sait qu'il a une sorte de droit à la transgression (et il se met en colère si l'on commet l'injustice de vouloir le restreindre).

Le choix de l'alimentation comme zone de fixation des conflits suspendus est facilité par le contexte social des familles : les parents ont des revenus modestes, les deux travaillent parfois, ils n'ont pas le temps de faire des courses sélectives, de préparer des repas élaborés, ni le temps d'accompagner leurs enfants dans leurs activités physiques, ils ont une ouverture culturelle limitée qui ne les porte pas à sortir ensemble pour des activités culturelles. Ils restent donc chez eux.

Mais ce schéma procède aussi d'une transmission générationnelle. Nos chiffres confirment les résultats de recherches précédentes qui établissent l'importance des antécédents familiaux (Etiévant & *al.* 2010) : dans la majorité des dossiers médicaux étudiés, l'enfant en surpoids a un ou les deux parents qui sont en surpoids. 25 pères sur 65 sont en surpoids et 27 sont obèses (soit 80% au total). 17 mères sur 67 sont en surpoids et 25 sont obèses (soit environ 61% au total).

Le schéma est suffisamment résistant pour que les parents reconnaissent les mauvaises habitudes alimentaires, tout en ayant du mal à appliquer les conseils qui leur sont donnés. Ils attendent l'intervention d'un tiers, substitut de leur autorité, qui fera bouger leur fonctionnement, mais sous condition que cela implique peu d'effort de leur part. Si l'intervention menace l'homéostasie du système, ils la déclineront.

Les enfants, de leur côté, ne considèrent pas leur surpoids comme un problème. Ils ne voient pas de motif à s'engager dans une démarche de changement.

UN SYSTÈME EN APPARENCE HOMÉOSTATIQUE

En résumé, ces données suggèrent un fonctionnement homéostatique, qui oppose une forte résistance au changement. Rappelons-en les différents traits :

Les dossiers de suivi en réseau d'accueil font ressortir que :

- les garçons sont moins souvent présentés en consultation que les filles : le surpoids leur confère possible-ment un avantage compétitif vis-à-vis de leurs pairs ;
- ce sont des enfants qui mangent trop et réagissent mal à la frustration alimentaire, et les parents ont des diffi-cultés à s'opposer à eux ;
- ce sont des enfants qui bougent peu, sortent peu, bien qu'ils en expriment l'envie ;
- ils ont une image plutôt positive d'eux-mêmes et de leur socialité, au prix d'un déni ;
- ils ne sont donc pas, à cet âge, demandeurs de maigrir, et ne voient pas l'intérêt de faire un effort pour suivre un protocole dans ce sens.

Les entretiens font ressortir :

- des familles soudées, qui évitent les conflits qui pourraient menacer la cohésion du groupe ;
- une difficulté des parents à voir leurs enfants s'éloigner ;

- des familles qui sortent peu et ont tendance à se replier sur des loisirs sédentaires et passifs (télévision, jeu vidéo) ;
- une gestion originale des conflits par la mise en scène de l'interdit, de sa transgression et du différend sur un objet métonymique : la nourriture.

On doit ajouter à ces caractéristiques celles qui se déduisent de l'évolution de la prise en charge, telle qu'en témoignent également les professionnels des dispositifs : le groupe familial tend à se replier sur cette psychodynamique qui entretient l'absence d'activité physique et encourage la prise alimentaire. La demande de consultation, quand elle vient des familles, est certes un appel au tiers, mais qui part du constat par les parents de l'inefficacité de leur propre parole et prend la forme démissionnaire du « dites-lui, car moi il ne m'écoute pas ». Dès que l'intervention du professionnel implique un effort, et a fortiori si elle interroge l'homéostasie du système, parents et enfants resserrent les liens qui les attachent les uns aux autres et protègent leur groupe familial des intrusions extérieures : les rendez-vous sont annulés, les instructions diététiques et autres recommandations sont oubliées. En 1986, une autre investigation (Harkaway 1986) mettait en évidence que les frontières au sein de la famille avec obésité ont tendance à être diffuses, tandis que les frontières entre la famille et le monde ont tendance à être rigides.

On pourrait, à partir de là, être tenté d'adopter une démarche d'attaque frontale de ces caractéristiques en vue de changer le mode de vie des familles. Une telle approche, normative, impliquerait de travailler avec les parents pour leur apprendre à tenir le cadre éducatif, en substance, à être capable de dire « non » à leur enfant. C'est une entreprise de longue haleine, qui va à contresens des tendances actuelles en matière d'éducation au sein de la famille. On sait que nombre de parents, et pas seulement chez les familles d'enfants en surpoids, ont du mal à installer les interdits, qui impliquent d'entrer en conflit avec l'enfant.

C'est également une entreprise qui se heurte à la résistance systémique du mode de vie familial. Or, la plupart des recherches et des pratiques impliquant une approche psychologique de l'obésité admettent aujourd'hui une perspective systémique. Hilde Bruch, dès ses premiers travaux dans les années 1940, soulignait déjà l'importance du système familial (Bruch 1973, Bruch & al. 1940). Même pour les tenants d'une approche psychanalytique, il est inadéquat de voir l'obésité comme une pathologie individuelle : elle doit être pensée en lien avec l'organisation de la famille (Sanahudja & Cuynet 2011).

Nos recherches confirment cependant que l'obésité infantile dessine un système familial à la fois fermé et stable, contribuant à une pathologie également stable. Comme le signalent les chiffres cités plus haut, plusieurs décennies de prise en charge des enfants en surpoids, dans des approches diverses, biomédicales, éducatives ou thérapeutiques, qu'elles soient systémiques ou non, n'ont pas empêché la progression de ce qui est désormais considéré comme une pandémie.

En pratique, donc, envisager une approche de prévention ou de traitement de l'obésité, c'est élaborer une stratégie qui recherchera les angles de moindre résistance au changement. Dans cette perspective, notre première option, dont se soutenait le programme KHK, a été de plutôt travailler à partir de ces caractéristiques de la dynamique familiale, en les acceptant, éventuellement en les utilisant. C'est ce qui a conduit à l'idée d'une approche par le jeu, s'adressant au principal intéressé, l'enfant.

L'APPROCHE PAR LE JEU ET SES LIMITES

Les enfants, on l'a vu, ne sont pas demandeurs de changement, ils n'ont pas une mauvaise perception de ce qu'ils sont. Ils ne cherchent pas à maigrir, à mieux manger ou à faire de l'exercice. Ils veulent bien, par contre, jouer et se faire des amis. Proposer de jouer plutôt que de suivre un programme éducatif et/ou thérapeutique était à la fois adapté stratégiquement et au plan éthique.

Le programme KHK visait en effet à développer des outils pour l'accompagnement des enfants en surpoids et obèses, notamment en utilisant les ressorts du jeu (Druzhinenko-Silhan & al. 2014, Thomson 2014). Nos résultats devaient informer les partenaires du consortium chargés d'élaborer, parmi d'autres applications, un serious game devant inciter les enfants, de manière ludique, à manger mieux et à bouger plus. Un état de l'art du domaine

(Arambarri & *al.* 2015) montrait qu'il existait déjà un certain nombre de jeux vidéo de sensibilisation et d'information, ainsi que des « exergames » (activités physiques proposées dans le cadre d'un serious game), dédiés au public des enfants et adolescents en surpoids.

Ces jeux impliquaient cependant une prise de conscience de son surpoids par l'enfant et un souhait de changer, préalable dont notre étude établissait la faible probabilité. La plupart des jeux de sensibilisation et d'information faisaient l'hypothèse qu'une explication raisonnée est de nature à motiver les intéressés. Les exercices, même ludiques, impliquaient un effort, et surtout une constance dans cet effort sur plusieurs mois, et donc une forme d'engagement soutenu. Certaines de ces applications ludiques enregistraient des résultats positifs dans des évaluations effectuées à moins d'un an. Mais les évaluations sur le long terme faisaient défaut, alors que l'on sait que le risque de rechute dans les quelques années qui suivent une cure d'amaigrissement est très élevé (Wadden 1993).

Il s'agissait donc de réaliser un jeu qui engage l'enfant dans un parcours de changement sur au moins deux ans. Concevoir un programme éducatif et d'exercices sur une telle durée, en s'étayant sur des motivations de plaisir plutôt que de contrainte, amenait alors l'idée de concevoir un univers ludique « persistant » en ligne (Schmoll 2008, 2010), c'est-à-dire vaste, divers et durable, dans lequel l'enfant pouvait rencontrer d'autres joueurs. Par ailleurs, « l'arène » du jeu, pour reprendre une terminologie de game-design, devait ne pas rester virtuelle mais impliquer la nécessité de sortir de chez soi, pour mobiliser l'activité physique.

L'idée allait à la rencontre des souhaits exprimés par les enfants, toutefois elle se serait heurtée à nouveau aux réticences des parents, dont à nouveau notre étude pronostiquait qu'ils auraient du mal à voir s'échapper leur progéniture dans des espaces qu'ils ne seraient pas sûrs de contrôler. À l'époque, les enfants en question ne disposaient pas de téléphones portables, ni d'accès Internet sur un ordinateur. Les technologies évoluent, de même que les usages : il faudrait vérifier ce qu'il en est aujourd'hui, presque dix ans après.

L'ENFANT COMME AGENT DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME

Notre approche, avec le recul, est de désormais considérer l'obésité comme un système global : c'est une pathologie de l'individu, intégrant des processus biologiques, psychologiques, relationnels et sociaux, mais aussi une pathologie de la famille (qui entretient un mode de vie et des habitudes alimentaires), et une pathologie de la société (qui produit l'obésité, comme le montre l'évolution pandémique de ce problème). Davantage d'ailleurs que d'une approche en termes de pathologie, on devrait avoir sur l'obésité un regard anthropologique, car elle s'inscrit dans une évolution de l'espèce humaine dans son entier depuis plus d'un siècle. Pour la première fois dans leur histoire, les humains meurent moins de famine que de trop et mal manger. Les organismes humains, comme ceux de la plupart des mammifères, sont aptes à supporter des périodes de disette et à stocker pour cela des réserves quand il y a de quoi se nourrir. Ils ne font aujourd'hui que s'adapter à des conditions inédites d'abondance.

Le sujet considéré individuellement (l'enfant pour ce qui nous occupe ici) est donc captif de ce système global qui comprend son organisme, avec sa génétique et ses boucles homéostatiques, son milieu familial avec sa psychodynamique propre, ses appartenances à des collectifs, une classe sociale, une culture, avec leurs habitus. Sa structure psychique s'arrange de l'ensemble.

Nous observons que ce système, intégrant des niveaux enchâssés les uns dans les autres (biologique, psychique, relationnel, social...) oppose de fermes résistances au changement : les interventions psychothérapeutiques, éducatives, de sensibilisation qui s'y attaquent frontalement se voient opposer des refus, des rendez-vous manqués, des amorces de travail sans suites. Les interventions qui forcent ces résistances, comme la chirurgie, prennent le risque de décompensations car elles détruisent une économie globale, dans laquelle l'obésité a une fonction, même si celle-ci est pathologique. Les indicateurs de ce fonctionnement systémique sont les multiples hystérésis se manifestant aux différents niveaux : reprise de poids après une perte suite à un régime, reprise des habitudes alimentaires, reprise des habitudes du milieu familial après qu'il s'est fermé aux tentatives extérieures de le changer...

L'image générale que nous pouvons nous faire en première approche de ce fonctionnement est celle d'un système homéostatique qui se verrouille pour assurer sa stabilité : stabilité des indicateurs de la surpondération, fonctionnement probable de l'organisme autour d'une homéostasie particulière, stabilité des habitudes alimentaires et des activités quotidiennes qui concourent au surpoids, stabilité de la dynamique familiale autour de sa clôture, stabilité des fonctionnements psychiques individuels.

En matière d'intervention, la stratégie la plus pertinente est d'approcher un tel système par les niveaux qui sont le plus susceptibles de changer. Mais précisément, quels sont-ils, si l'on admet la forte homéostasie du système en question ?

Les transformations suite à un changement de régime alimentaire ou une activité physique ne se stabilisent qu'après trois ans, sinon la reprise de poids est rapide. Des mécanismes métaboliques font en sorte qu'il y a une résistance à la perte intentionnelle de poids et une tendance de l'indice de la masse corporelle à revenir à l'état d'obésité. Avec une restriction de l'apport et une consommation intentionnelles d'énergie par un régime et des exercices, les niveaux tant d'insuline que de leptine baissent et les processus métaboliques sont déclenchés pour revenir au poids originel. La perte de poids pourrait même accroître la mortalité chez les personnes dont l'obésité n'est pas pathologique (Bosomworth 2012), car elle peut être associée à une dépression (Verger & al. 2008).

Il y a également peu à attendre de la dynamique familiale, alors même que les approches systémiques invitent à prendre en compte l'ensemble de la famille. À l'intérieur de la famille, les parents, eux-mêmes obèses ou non, sont des adultes qui ont tendance à demeurer sur le fonctionnement qui est le leur, même s'ils ont le souci de la santé de leurs enfants.

Il n'est pas sûr non plus qu'il faille attendre beaucoup de la société au sens large, car même si les instances médicales nationales et internationales alertent régulièrement sur les dangers de cette pandémie et sont à l'initiative de solutions institutionnelles, l'obésité mondiale est aussi le produit d'un complexe économique qui mettra du temps à se remettre en question et à évoluer.

Ce sont bien en définitive les enfants qui sont le maillon souple du système, celui par lequel ce dernier peut évoluer. Parce qu'il est un être fragile et en évolution, l'enfant est à la fois le symptôme du fonctionnement de l'ensemble, celui qui est le plus sévèrement mis à contribution, et celui dont le potentiel adaptatif et évolutif est le plus important : pour lui-même, et par contrecoup pour le système dans son entier. C'est lui qui sensibilise la société à l'étendue du problème, c'est lui que les parents amènent en consultation, c'est lui qui expose le fonctionnement de la famille. Mais c'est peut-être aussi lui qui, en se libérant des dysfonctionnements qui pèsent sur lui, va perturber la stabilité du système global, obliger ce dernier à changer, à trouver d'autres solutions de stabilité.

Dès lors, les possibilités de faire évoluer le système-obésité amènent à considérer celui-ci sous un angle intéressant, autre que celui de l'homéostasie stricto sensu, c'est-à-dire du maintien ou du retour à un état d'équilibre présenté comme unique. En effet, les enfants sont les agents de changements du système parce qu'ils évoluent. Non pas de leur propre vouloir (nous avons souligné qu'ils ne sont pas portés spontanément à changer) mais parce que leur biologie les y contraint. Le processus de croissance les fait franchir des paliers entre des âges de la vie correspondant à des fonctionnements, des organisations psychiques et relationnelles très différentes : enfance proprement dite, préadolescence, adolescence, jeune adulte. La puberté en particulier bouscule l'homéostasie autour de laquelle s'installe l'enfant obèse : l'obésité de l'enfant n'est pas la même que celle de l'adolescent, les bénéfices que l'enfant pouvaient tirer de son surpoids sont remis en question sous la pression des modifications hormonales, de nouveaux désirs, du regard des garçons et des filles les uns sur les autres et sur eux-mêmes. L'obésité peut donc se lire comme un système dynamique qui présente plusieurs états d'équilibre successifs. C'est cette perspective que désigne le terme « homéodynamique ».

LE MODÈLE HOMÉODYNAMIQUE

Approcher l'obésité en tant que système dynamique conduit à ne pas s'intéresser qu'aux processus qui assurent l'homéostasie, et donc la stabilité apparente du système, mais aussi ce qui le fait basculer d'un état d'équilibre vers un autre. La notion de système homéodynamique réfère à un concept que nous importons de l'écologie sys-

témique, celui des « états stables alternatifs ». Initialement proposé par Richard Lewontin (1969), ce concept a été développé dans ce champ par d'autres auteurs, dont Crawford Holling (1973), à qui est attribué le modèle « ball and cup ». Selon cette approche, l'équilibre d'un écosystème varie en fonction de ses conditions initiales, et son maintien dépend moins des conditions de l'environnement que de sa résistance aux perturbations et de sa résilience. Le système présente ainsi une stabilité propre, mais bascule de cet état stable vers un autre état à partir d'un certain seuil de perturbation. Le basculement se fait alors de manière discontinue.

Dans le cas du système-obésité, dès lors que sa pérennité dépend du développement des individus dans le temps, et que ce développement est irréversible, nous pouvons parler « d'états stables successifs ». L'organisation psychique et la dynamique familiale de l'individu peuvent présenter une résistance importante au changement, mais l'individu, de même que son milieu familial et social, ne peuvent éviter les effets d'une série de perturbations majeures : le passage par différents âges de la vie, notamment pendant sa période de croissance, qui implique à chaque fois des remaniements biologiques et psychologiques.

Il existe peu de travaux en systémique précisément centrés sur les bascules entre états stables. Holling, dans le champ de l'écosystémique, attribue le manque de travaux théoriques au fait que les modèles s'intéressent plutôt aux états proches de l'équilibre, plus aisément mesurables, alors que plus on s'en éloigne, plus il est difficile de modéliser. Le même constat vaut pour les approches systémiques en général, qui s'intéressent davantage à l'homéostasie des systèmes qu'aux transformations des systèmes ou aux sauts d'un système à un autre. C'est ainsi que, dans le cas de l'obésité, on trouvera davantage de recherches organisées autour d'une classe d'âge : l'enfance, l'adolescence, parce qu'une population homogène manifeste des régularités qui permettent la mesure. De ce fait, on s'intéresse peu à ce qui se passe dans ce moment particulier qui est la bascule d'un état vers l'autre (en l'occurrence, d'un âge vers un autre). Or, il faudrait se concentrer sur les frontières entre états, et pas seulement sur le proche équilibre, pour pouvoir apprécier les états stables en tant que domaines d'attraction des uns par les autres, et ainsi mieux caractériser, non seulement ce qui résiste, mais aussi ce qui appelle, au changement.

L'un des effets de cette lecture de l'obésité comme système à états stables multiples est de nous faire entrevoir les biais que peuvent introduire, en science comme dans les politiques de santé, une approche trop centrée sur un seul domaine d'attraction du système. Les régularités propres à un état d'équilibre (une tranche d'âge) invitent à des programmes de recherche pareillement découpés par populations présentant des caractéristiques suffisamment proches pour être considérées comme homogènes et permettre la mesure. C'est ce qui nous a nous-mêmes guidés dans la délimitation de notre échantillon à l'époque du programme KHK. Les dispositifs de prise en charge sont ensuite tout aussi logiquement adressés à une certaine tranche d'âge, à laquelle sont proposées des interventions adaptées.

Ce mode de gestion par tranche d'âge d'un problème de santé doit sa pertinence aux caractéristiques incontestablement propres à chaque tranche d'âge. Mais on peut finir par en oublier l'intérêt d'une lecture longitudinale des processus courant du premier âge jusqu'à l'âge adulte. Et surtout, l'on est porté à s'attaquer au problème dans la période où il est stabilisé autour d'un état d'équilibre et oppose une plus forte résistance aux interventions, alors que les moments de bascule, de crise dans l'organisation générale du système, peuvent se présenter comme des opportunités, tant pour la recherche que pour l'action.

L'un de ces moments obligés de basculement nous semble devoir être étudié en priorité, c'est celui du passage de l'enfance à l'adolescence, avec les transformations biologiques et psychologiques importantes qu'implique la puberté.

La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie de 20 à 50 % avant la puberté, alors qu'elle atteint 50 à 70 % après la puberté (Fricker 1995, Lighezzolo, 1999, 2000). Cette différence, qui justifie une prévention dès l'enfance, signale surtout qu'une partie des enfants obèses ont cessé de l'être après la puberté. C'est donc que, soit l'obésité présente avant la puberté un état moins stable, plus aisé à approcher ; soit que c'est le passage de la puberté qui facilite une sortie possible du système de l'obésité. La première explication est peu probable, ainsi que nous l'avons déjà souligné : l'enfant avant la puberté est davantage captif des attentes des parents le concernant, des habitudes alimentaires familiales, de la fermeture de la cellule familiale : le système oppose une résistance plus ferme au changement autour de l'enfant qu'autour de l'adolescent, ce dernier ayant davantage d'opportunités de s'échapper. Ce serait donc bien plutôt la puberté elle-même qui provoquerait une bascule.

Dans ce moment de transition que constitue la puberté, l'ensemble du système tend logiquement à résister à la perturbation : la dynamique familiale, les sollicitations de l'environnement, l'organisation psychique elle-même du sujet poussent au maintien des habitudes alimentaires et de vie. Mais la perturbation est suffisamment puissante (et sans retour) pour que le système fasse l'épreuve d'un seuil au-delà duquel l'état d'équilibre de l'enfance est compromis. Certains passeront dans un autre état stable où l'obésité se poursuivra en se nourrissant (pour ainsi dire) d'autres paramètres. D'autres peuvent saisir l'occasion de sortir du système.

Nous pouvons citer en exemple le cas d'un garçon rencontré dans sa famille hors champ de la recherche, qui était obèse jusqu'à l'âge de 16 ans. Avec la puberté, le regard des autres, des filles en particulier, a fait pression sur ses motivations à changer de silhouette. Il s'est inscrit dans une salle de sport pour pratiquer la musculation de façon intensive, et s'est façonné un corps d'athlète, large d'épaules et fin de taille. Son succès auprès des femmes s'en est clairement ressenti, modifiant certainement sa trajectoire ultérieure (il est marié avec des enfants et exerce une profession que, sans la citer, il n'aurait pu exercer en restant obèse). Nous ne saurions prétendre qu'il a résolu tous ses problèmes personnels, mais il a clairement basculé d'un système de vie dans un autre.

L'intervention à ce moment de sensibilité critique du système à la perturbation évoque la figure d'un affrontement en judo ou aikido au cours duquel les forces antagoniques équilibrent les positions, et où il s'agit pour chacun de rechercher le point de bascule autour duquel la puissance et le poids jouent moins que le choix du bon moment permettant de déséquilibrer l'adversaire.

CONCLUSION

En approche systémique, l'enfant est souvent présenté comme porteur du symptôme familial. À la décharge des parents, qui sont de ce fait désignés plus ou moins comme responsables, ces derniers ne font eux-mêmes que transmettre une organisation bio-psycho-sociale dont ils sont également captifs. On parle aussi parfois de l'enfant comme du « thérapeute » de la famille, pour cette même raison qu'il porte sur lui la charge du fonctionnement familial et permet au groupe de réaliser à ses dépens sa cohésion. Sans aller jusqu'à formuler les choses ainsi, on peut considérer l'enfant comme l'agent souple, adaptatif et évolutif, du système, celui sur lequel on peut intervenir dans son intérêt ET dans celui de ses parents. Et l'on peut supposer, en raisonnement systémique, que le fait pour lui de changer individuellement devrait logiquement avoir une influence en retour sur l'ensemble du système.

Ajoutons, pour compléter l'exposé, que cette approche homéodynamique trouve à s'appliquer aux autres moments de bascule d'un état d'équilibre du système vers le suivant. La puberté se présente comme une crise forte en raison de son retentissement biologique, mais d'autres étapes vers l'âge adulte sont également des transitions à considérer, davantage associées à des bouleversements de la vie relationnelle et sociale : les événements perturbant la vie familiale (décès, divorce, déménagement...), l'entrée à l'école, au collège, au lycée, et plus particulièrement l'entrée à l'université ou dans les établissements de formation post-baccalauréat, surtout si elle implique de quitter le foyer pour emménager dans son propre logement.

Références :

- Apfeldorfer G. (2002), *Je mange, donc je suis*, Paris, Payot.
- Arambarri J., de la Torre I., López-Coronado M. & Druzhinenko-Silhan D. (2015), Enhancing healthy habits among overweight and obese children through Serious Games: Review and Technical Analysis, *International Journal of Serious Games*, 2(2). <https://doi.org/10.17083/ijsg.v2i1.61>
- Arterburn D.E. & Courcoulas A.P. (2014), Bariatric surgery for obesity and metabolic conditions in adults, *The BMJ*, 349, g3961. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3961>
- Banis H.T., Varni J.W., Wallander J.L. & al. (1988), Psychological and social adjustment of obese children and their families, *Child Care Health Development*, 14, p. 157-175.
- Beck S., Terry K. (1985), A comparison of obese and normal-weight families' psychological characteristics, *American Journal of Family Therapy*, 13(3), p. 55-59.
- Bosomworth N.J. (2012), Les inconvénients de perdre du poids : Intervention réaliste dans la trajectoire pondérale, *Canadian Family Physician*, 58(5), p. e246-e253. French. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3352810/pdf/058e246.pdf>

- Bruch H. (1973), *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*, London, Routledge & Kegan Paul.
- Bruch H. & Touraine G. (1940). Obesity in childhood: V. The family frame of obese children, *Psychosomatic Medicine*, 2(2), p. 141-206. <https://doi.org/10.1097/00006842-194004000-00005>
- Cohen-Salmon J. & Rebelo T. (2020), Quel plaisir de jouer chez l'enfant agissant en âge de latence ?, *Enfances & Psy*, 85, p. 71-81. <https://doi.org/10.3917/ep.085.0071>
- Courcoulas A.P. & al. (2014), Long-term outcomes of bariatric surgery: a National Institutes of Health symposium, *JAMA Surg*, 149(12), p. 1323-29. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.2440>
- Druzhinenko-Silhan D., Podolskiy A.I., Podolskiy O.A., Schmoll P. (2014), Using videogames to treat childhood obesity, *Psychology in Russia: State of the Art*, 7(4), p. 51-64. <https://doi.org/10.11621/pir.2014.0405>
- Druzhinenko-Silhan D. & Schmoll P. (2015), *Agir sur l'obésité de l'enfant par le jeu vidéo ? État de l'art et perspectives*. Communication au Colloque MIG « Jeu vidéo et santé psychosociale », Montpellier, 19-20 novembre 2015
- Druzhinenko-Silhan D. & Schmoll P. (2016), *Childhood Obesity and Serious Videos Games: challenging the family resistance*, Communication à l'European Obesity Summit, Göteborg, Suède, 1-4 juin 2016
- Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot M-C, Foulatier O, Nedelcu M, Nocca D. (2023), Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité". *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), p. 925. <https://doi.org/10.3390/jcm12030925>
- Fricker J. (1995). *Obésité*, Paris, Masson.
- Harkaway J.E. (1986), Structural assessment of families with obese adolescent girls, *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), p. 199- 20. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1986.tb01639.x>
- Holling C.S. (1973), Resilience and stability of ecological systems, *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4, p. 1-23
- Lagerros Y.T. & al. (2017), Suicide, self-harm, and depression after gastric bypass surgery: a nationwide cohort study. *Annals of Surgery*, 265(2), p. 235-43. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001884>
- Lewontin R.C. (1969), The meaning of stability, *Brookhaven Symp. Biol.*, 22, p. 13-24. PMID: 5372787
- Lighezzolo J. (1999), *L'obésité chez l'enfant : contribution à l'étude des facteurs psychologiques impliqués, approche comparative*, Thèse de doctorat en psychologie, Université Nancy 2.
- Lighezzolo J. (2000), Facteurs psychodynamiques impliqués dans l'obésité infantile commune. Approche projective comparée, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 48, p. 253-262.
- Lissau I., Srensen T.I.A. (1994), Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood, *Lancet*, 343(8893), p. 324-327. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)91163-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(94)91163-0). PMID: 7905145
- McCarthy D. & Berg A. (2021), Weight Loss Strategies and the Risk of Skeletal Muscle Mass Loss, *Nutrients*, 13(7), 2473. <https://doi.org/10.3390/nu13072473>. PMID: 34371981; PMCID: PMC8308821.
- Neovius M & al. (2018), Risk of suicide and non-fatal self-harm after bariatric surgery: results from two matched cohort studies, *Lancet Diabetes Endocrinology* 6, p. 197-207. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30437-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30437-0)
- OMS (2022), *WHO European Regional Obesity Report 2022*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Ostermann A. (1997), Aspects psychologiques de la rondeur : grâce et disgrâce !, *Diététique et Médecine*, 1997, p. 5-9.
- Poulain J.P. (2009), *Sociologie de l'obésité*, Paris PUF.
- Sanahuja M. A. & Cuyenet P. (2011), L'obésité, une transmission transgénérationnelle du corps familial, *Champ psy*, 60, 79-95. <https://doi.org/10.3917/cpsy.060.0079>
- Schmoll P. (2008), Communautés de joueurs et « mondes persistants », *Médiamorphoses*, revue de l'INA, Paris, Armand Colin, 22, p. 69-75. <https://doi.org/10.3406/memor.2008.2163>
- Schmoll P. (2010), Jeux sans fin et société ludique, in S. Craipeau, S. Genvo & B. Simonnot (eds), *Les jeux vidéo au croisement du social, de l'art et de la culture*, Metz, Questions de communication, Série Actes 8, p. 27-42.
- Verger P., Dizière S., Bocquier A. & Ventelou B. (2008), La dépression co-morbide favorise-t-elle certains comportements à risque chez les personnes ayant des problèmes de poids?, *Revue française des affaires sociales*, 2008/1, p. 49-70. <https://doi.org/10.3917/rfas.081.0049>
- Wadden T.A. (1993), Treatment of obesity by moderate and severe caloric restriction. Results of clinical research trials, *Annals of Internal Medicine*, 119, p. 688-93. https://doi.org/10.7326/0003-4819-119-7_part_2-199310011-00012. PMID: 8363198.



Mutations du système filiatif : L'exemple de la parentalité lesbienne en France

Mylène BAPST

Chargée de recherche en psychologie
PSInstitut & Crèche de l'Observatoire Strasbourg
Chercheuse associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

mylene.bapst@gmail.com

Résumé

En France, les lois successives n° 2013-404 et 2021-1017 relatives au mariage pour les couples de même sexe et à l'ouverture de l'AMP pour les couples de femmes et les femmes non mariées conduisent à institutionnaliser de nouvelles configurations familiales. Elles consacrent une mutation dans les fondements de la famille, qui était traditionnellement pensée sous le prisme du modèle matrimonial de la filiation. À partir d'un cas extrait d'un travail de recherche sur la fonction paternelle dans la parentalité lesbienne, l'article illustre les effets de l'évolution du système filiatif sur les enjeux psychiques de la parentalité. L'enfant n'est plus la conséquence du mariage ou de la conjugalité entre deux personnes inscrites dans des alliances : c'est inversement le désir commun d'un enfant qui fonde et organise le couple, puis la famille.

Abstract: Filiative System Mutations: Example with lesbian Parenthood in France

In France, successive laws relating to marriage for same-sex couples and the opening of ART for female couples and unmarried women lead to the institutionalization of new family configurations. They mark a change in the foundations of the family, which was traditionally thought of through the prism of the matrimonial model of filiation. Based on a case taken from a research on the paternal function in lesbian parenthood, the article illustrates the effects of the evolution of the filial system on the psychological issues of parenthood. The child is no longer the consequence of marriage or conjuality between two people within alliances: conversely, it is the common desire for a child which founds and organizes the couple, and thereafter the family.

Mots-clés

Système filiatif – Parentalité lesbienne – AMP (Assistance médicale à la procréation) – Fonctions parentales

Keywords

System of Filiation – Lesbian Parenthood – ART (Assisted Reproductive Technology) – Parental Functions

La loi n°2021-1017 relative à l'ouverture de l'assistance médicale à la procréation (AMP) pour les couples de femmes et les femmes non mariées scelle, en France, une étape supplémentaire dans la reconnaissance des nouvelles configurations familiales. Plus encore, la loi reconnaît des nouveaux modèles dans notre système filiatif. L'émergence de ces configurations psycho-sociétales nous amène à poursuivre les efforts de modélisation anthropologique d'une part et de théorisation psychanalytique d'autre part. Les modifications des formes structurantes de la famille interrogent notre système de parenté. Ce dernier est défini par l'organisation et l'articulation des alliances et de la descendance. Il est aussi le garant de l'interdit de l'inceste dans la civilisation. Marquée par le courant institutionnaliste, la famille se construisait à partir du couple marié. Or, le mouvement du démariage et les nouveaux contrats de genre au sein de la société et de la famille bouleversent le « *modèle matrimonial de filiation* » (Théry 2013). Le paysage familial se diversifie avec l'augmentation des divorces, des naissances hors mariages, des recompositions familiales et de la monoparentalité.

Plus récemment, les techniques médicales d'aide à la procréation confortent une évolution déjà bien en marche depuis le développement de la contraception et le droit à l'IVG : la maîtrise de la procréation. L'AMP offre la possibilité aux couples stériles de procréer à partir des gamètes d'au moins une personne du couple et/ou à partir des gamètes issus d'un donneur et/ou d'une donneuse anonyme, ou encore à partir d'un don d'embryon. S'appuyant sur le référentiel hétéronormé du modèle matrimonial, l'AMP était réservée, en France, aux seuls couples hétérosexuels. La loi du 17 mai 2013 n°2013-404 autorisant le mariage aux couples de personnes de même sexe modifie la donne familiale. Les alliances se structurent autour du couple, marié ou non, hétérosexuel ou homosexuel. La loi de 2021 inscrit ces nouvelles modalités de faire couple dans le faire-famille du côté de la descendance et de la filiation. Avec le développement de l'AMP, l'édifice biologique de la filiation est renforcé et devient un des socles fondateurs de la parenté. La venue au monde de l'enfant ne tient plus au mariage ou à la conjugalité des parents mais au désir de deux individus d'avoir un enfant (Neyrand 2007). La procréation est ainsi désinstitutionnalisée du côté des alliances. L'engendrement avec un tiers donneur contribue à la modernisation de l'accès à la parentalité sous-tendu par un arrangement social et une innovation médicale (Théry 2016).

Ces évolutions impactent elles-mêmes le désir d'enfant et par ricochet la place de l'enfant dans la famille (Neyrand 2007). Elles marquent l'apparition d'une nouvelle figure anthropologique, l'enfant du désir ou « enfant du désir privé » (Gauchet 2004). L'enfant devient central au sein de l'institution familiale, l'intérêt suprême de l'enfant est une cause à défendre (*ibid*). Ainsi, le mariage ne crée plus la famille, c'est la naissance de l'enfant qui la crée. En ce sens, l'affaiblissement des alliances et l'émergence de nouvelles configurations familiales interrogent les nouveaux systèmes filiatifs dans nos sociétés, la filiation restant quant à elle un élément indissoluble et inconditionnalisé. Le système de parenté dans la modernité ne cesse donc d'être marqué par de profonds changements qui imprègnent les modalités de faire-famille. Les mutations profondes de l'institution familiale et les crises sociétales qui les accompagnent complexifient les tentatives de définir ce qu'est un parent, d'où l'intérêt d'une réflexion systémique. Le nouage entre scène sociale et scène inconsciente nous amène à interroger les effets des modifications du système familial afin de repenser le nouage, dans l'inconscient, des différents registres dissociés de la filiation contemporaine : le biologique, le juridique, le social et l'affectif. Quels sont les effets des bouleversements dans l'institution familiale sur les processus psychiques de la parentalité ?

Afin d'amener des éléments de réponse, nous proposons de partir d'un exemple issu de nos recherches sur la fonction paternelle dans la parentalité lesbienne (Bapst 2020). En effet, l'AMP pour devenir parent abrite tous les enjeux de la filiation et de la parentalité rencontrés dans la modernité.

LA PARENTALITÉ LESBIENNE, OU COMMENT NOUER LES DIFFÉRENTS REGISTRES DE LA FILIATION

Dans les familles lesbiennes cohabitent une mère de naissance qui du fait d'avoir porté l'enfant se retrouve d'emblée reconnue légalement comme mère, une *mater certissima* avec l'accouchement, et une autre-mère (Bapst 2020). La place qu'occupe cette dernière n'est ni celle de mère biologique de l'enfant, ni celle de père des familles dites ordinaires. Avant la loi du 2 août 2021, cette femme n'avait pas le statut de mère au sens juridique. Sa place dans le système familial se définissait à partir du lien de conjugalité mais aussi à partir de l'aménagement psychique opéré par les deux mères afin de se situer dans une fonction parentale. L'autre-mère, pourrions-nous dire, était alors une *mater incerta* du côté de sa reconnaissance sociale et juridique. La conception de l'enfant à partir des gamètes de la mère de naissance et d'un donneur déplie les différents registres de la filiation en s'appuyant à la fois sur la filiation biologique (les liens génétiques) et sur la conjugalité (lieu du désir et/ou du projet d'enfant). La mère de naissance est mère du fait d'avoir engendré l'enfant. L'autre-mère est mère sans avoir participé génétiquement à la conception. Le donneur a contribué à l'engendrement mais n'est pas un parent. Comprendre comment se nouent les différents registres de la filiation dans le devenir parent de ces femmes permet d'appréhender comment opèrent les fonctions parentales dans la famille contemporaine.

L'étude de la loi relative à la bioéthique révèle tous les enjeux de l'évolution de notre système de parenté. Sa trajectoire législative en dit long sur les mouvements d'aller-retour entre fondement traditionnel de la famille et innovations dans les enjeux de la filiation contemporaine. À cet endroit nous pouvons appréhender une crise dans l'institution familiale. L'État français comme le droit se saisissent de la question familiale pour légiférer, décider du

socle moderne du faire-famille noué à la filiation. Ainsi se confirme la fonction symbolique d'institutionnalisation de la famille à partir des instances étatiques. Le Législateur tente à cet endroit de contenir une crise sociétale : les manifestations parfois violentes qui accompagnent le processus législatif rappellent combien la famille est un sujet complexe.

Le parcours de la loi relative à la bioéthique en illustre tous les enjeux. Elle est adoptée en première lecture par l'Assemblée Nationale le 15 octobre 2019. Elle prend acte de l'évolution de l'institution matrimoniale en inscrivant la filiation en dehors du statut matrimonial, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre. Le terme de couple est d'ailleurs prédominant dans le texte. Le 4 février 2020, le Sénat adopte lui aussi, en première lecture, le projet de loi mais avec des modifications. L'ajout de l'article 310 A « *Nul n'a de droit à l'enfant* » rappelle que l'enfant n'est pas à réduire à un objet de droit dont chacun pourrait avoir la convoitise. Le droit à avoir un enfant, le droit à l'enfant, est subordonné à la notion de droit de l'enfant. Or, les couples lesbiens demandent ce droit à l'enfant en invoquant la notion d'égalité des sexualités dans la parentalité.

Par ailleurs, l'article L-2143-2, rejeté au départ par le Sénat, confirmait un souci de l'intérêt de l'enfant futur – les droits de l'enfant – en précisant que toute personne conçue avec tiers donneur pouvait, si elle le souhaitait, accéder à sa majorité aux données non identifiantes et/ou à l'identité du donneur. Le droit de l'enfant se cristallise ainsi dans le droit à connaître ses origines et reconnaît la place que prend le géniteur dans le devenir-parent et le développement de l'enfant. Déjà en 2018, les principaux points de butée de la loi bioéthique se situaient à l'endroit de l'absence d'un homme-père dans le quotidien des enfants (CCNE 2018), laissant planer un doute concernant l'agent de la fonction paternelle du côté du géniteur.

À cet endroit, nous pouvons repérer un « *amalgame confusionnel de la fonction et du rôle paternels* » qui se retrouvait déjà dans le courant psychiatrique des années 40 (Hurstel 1996, p.3). L'abord des nouvelles configurations familiales amène plus que jamais la nécessité de redéfinir ce dont il s'agit lorsque nous employons les signifiés de « paternel », « géniteur » et « père ». Une indistinction persiste entre « *le rôle du père et sa fonction – entre la dimension sociale et éducative du père de famille – et la fonction paternelle – participant à la construction subjective d'un enfant. Le rôle social du père semble être un idéal social issu même de l'histoire de la psychanalyse, entre mythe et conceptualisation* » (Bapst 2020, p.37). Les places de père et mère sont désignées par les lois sociales, dans un système de parenté donné. Elles s'organisent dans le montage juridique et dans la structuration psychique. En ce sens, il importait que la loi institue les places de chacun dans un parcours d'AMP. Or, la loi n'institue aucun lien de filiation entre le donneur et l'enfant issu du don. Par contre, au cours de la navette entre les deux assemblées, le Sénat tente de complexifier l'inscription de l'enfant dans une double filiation maternelle. Il demande un consentement devant notaire en amont de l'AMP (comme c'était le cas pour les couples hétérosexuels) et propose de réemployer l'adoption pour « sécuriser » l'acte juridique de la filiation en plus du consentement. Autrement dit, l'institution d'une double filiation se serait établie, dans un couple lesbien, à partir d'un consentement chez le notaire avant l'acte de procréation et à partir d'une adoption après la naissance de l'enfant. Cette décision aurait complexifié la donne filiative de ces familles en faisant planer un doute ou une instabilité du côté de la parentalité lesbienne. Cette proposition n'a pas été retenue dans la version finale de la loi mais illustre combien le Législateur a été mis en difficulté pour nouer les différents registres de la filiation, le faire-famille, en un seul texte : le biologique de la conception, le juridique de l'institution.

Qu'en est-il de l'affiliatif ? Les processus d'affiliation renvoient aux enjeux d'appartenance psychique, de « *concrétisation sociale et psychique des inscriptions* » (Neyrand 2007, p. 87). La filiation ne suffit donc pas à appréhender les enjeux de transmission et d'inscription psychique (Keiser-Weber 2013). « *La transmission ne relève pas d'un héritage génétique mais de processus intra et inter psychiques complexes mettant en jeu les liens intergénérationnels et la continuité de la vie psychique* » (Durif-Varembont 2004, p. 213). Pourtant aujourd'hui, la filiation semble être prise en étau entre la réassurance biologique – la sureté génétique dont la levée de l'anonymat du donneur est révélatrice – et le choix individuel – porté par le désir d'enfant au sein du couple ou aujourd'hui chez la femme non mariée. Nous le repérons dans les recherches à infirmer ou à confirmer la filiation à partir de la génétique (tests génétiques). Ceci met parfois à mal l'inscription symbolique et fantasmatique au cœur de l'internalisation dans l'inconscient des liens de filiation et impacte également le devenir-parent. Autrement dit, la construction d'une parentalité met notamment en œuvre le processus d'affiliation (Neyrand 2016). Ce dernier se trouve boule-

versé du fait même de l'effacement de ce qui faisait l'évidence de l'être parent et plus particulièrement de la dissociation pouvant survenir entre affiliation sociale et psychique (*id.*).

NÉGOCIER SON DÉSIR D'ENFANT EN DEHORS D'UNE GROSSESSE

L'illustration clinique proposée pour illustrer notre propos est tirée de nos recherches sur la fonction paternelle dans la parentalité lesbienne (Bapst 2020). Elle s'appuie sur les entretiens de recherche et la libre réalisation de l'arbre généalogique (LRAG) menés séparément avec un couple de femmes, avant l'adoption de la nouvelle loi relative à la bioéthique. Valentine et Caroline sont les mères de Pierre et Victor, des jumeaux de six ans conçus à l'aide d'une FIV en Espagne. Valentine est la mère génitrice – Pierre et Victor sont issus de ses ovocytes et du don de gamètes d'un donneur – et elle est mère de naissance – elle est celle qui accouche. Caroline est l'autre-mère des enfants. Elle a participé au projet d'enfant sans que son corps y prenne part physiologiquement. Elle est mère de Pierre et Victor au niveau juridique après une adoption plénière, comme le prévoyait la loi antérieurement.

Dans le couple lesbien, le désir d'enfant et le choix d'objet homosexuel s'intriquent dans le développement de l'identité sexuelle féminine (Freud 1925). Nombreuses sont celles qui investissent la maternité comme une « *expérience réservée à la femme* » et trouvent ainsi une solution au manque inhérent du sujet à travers une position féminine (Lacan 1956-57). Valentine et Caroline présentent toutes deux ce désir de maternité à partir de l'investissement du corps à travers la grossesse. Lors d'une précédente union, Caroline a eu un parcours d'IAD et de FIV en Belgique qui n'a pas fonctionné. La nouvelle union avec Valentine relance le désir d'enfant réactivant les enjeux œdipiens au niveau de la conjugalité. Un « *désir commun d'avoir des enfants* » s'inscrit dans le faire-couple : « *ce qu'on voulait elle et moi c'était fonder une famille et c'était notre projet d'existence* » (Valentine).

Le devenir femme amène théoriquement un changement d'objet d'amour à l'endroit de celui qui offrira un enfant. Dans le couple lesbien, il s'agit bien d'une négociation autour de ce désir de maternité. En effet, au début de la relation, les deux femmes ont un désir de grossesse. Pour Valentine, celui-ci est directement noué au désir d'enfant révélé par la conjugalité. Elle investit la maternité comme la marque de la féminité. Du côté de Caroline, le rapport au désir d'enfant et de grossesse est plus ambivalent et a révélé une forme de rivalité avec son ancienne conjointe. Caroline présentait alors un désir d'enfant articulé à un désir de grossesse. Son corps était investi comme le contenant de l'objet phallique repéré à l'endroit de l'enfant. L'investissement narcissique de la grossesse mettait alors à distance sa compagne avec laquelle elle était en rivalité concernant l'objet de la convoitise. La nouvelle conjugalité réveille cette rivalité. Valentine lui laisse la place, l'autorise à prendre cette place de future mère de naissance, à réaliser son désir d'enfant et de grossesse en premier. En ce sens, Valentine est celle qui offre la possibilité pour Caroline d'être mère et ancre sa place d'objet d'amour. Néanmoins, l'échec des FIV successives passées avait mis à mal le narcissisme de Caroline, ce qu'elle avait résolu en renonçant au désir : « *je suis heureuse comme je suis sans enfant* ». La mise au travail du principe de réalité lui avait permis de faire « *un deuil sur ma propre maternité* », « *je ferai ma vie sans enfant* » dit-elle. Si elle ne pouvait pas être enceinte, elle ne serait pas mère.

Au-delà, de la négociation autour de son désir d'enfant c'est toute l'interrogation autour de la féminité qui est ici à l'œuvre. Qu'est-ce qu'une femme sans enfant ? Caroline emploie finement le terme de deuil. Le deuil implique la perte de l'objet idéalisé que représentait l'enfant imaginaire dont elle était le lieu de l'origine biologique. Or, ce deuil de sa maternité doit maintenant être reconsidéré dans le contexte du couple qu'elle forme avec Valentine et du désir d'enfant de cette dernière : « *le hic c'est que Valentine voulait des enfants alors que moi en faisant un deuil sur ma propre maternité je faisais aussi un deuil sur le fait d'avoir des enfants* ». Un ultimatum énoncé par Valentine la conduit à un nouveau réaménagement de son désir. Elle passe ainsi d'une position féminine à qui l'objet d'amour offre un enfant à celui de celle qui offre à son objet la possibilité d'être mère. Le parcours d'AMP et sa place de mère dans le discours de Valentine participent à ses réaménagements et ouvrent la possibilité pour elle d'appréhender une nouvelle place, celle d'autre-mère.

La spécificité de la parentalité lesbienne se trouve à l'endroit du choix de celle qui portera la grossesse. Ce choix n'est pas sans effet sur le travail psychique de la parentalité. En effet, du désir de vivre l'expérience de la grossesse découle une préoccupation maternelle primaire augurant que la mère de naissance supportera la fonction maternelle. Les études argumentent en ce sens, le choix de celle qui porte l'enfant amène une distinction dans des fonctions parentales au sein du couple (Naziri 2011, Golse 2000). Dans l'exemple de Caroline et Valentine, le

lien conjugal permet à l'autre-mère de dépasser le deuil de sa maternité et la mère de naissance s'appuiera dessus afin de reconnaître cette dernière en place et fonction d'autre-mère. Aussi, si les mères de naissance investissent la féminité du côté de la maternité, certaines autre-mères négocient leur place à partir de la représentation et/ou d'une identification au père (Bapst 2020, Ducouso-Lacaze & Grihom 2009, 2010). Les réaménagements psychiques dans la parentalité de Caroline amènent cette dernière à s'identifier à sa figure paternelle afin de négocier l'absence de liens biologiques avec ses enfants. Aussi, le couple s'appuiera sur les lois en vigueur en France pour poursuivre le travail psychique de la parentalité. En effet, pour Caroline, le Droit fait tiers et fait Loi.

LA RECONNAISSANCE PARENTALE, UN DÉPLACEMENT DE L'INVESTISSEMENT DE LA FILIATION BIOLOGIQUE SUR LA FILIATION JURIDIQUE

La modalité choisie pour devenir mères, ici une FIV en Espagne, situe l'origine du lien de filiation biologique du côté de la mère de naissance et d'un donneur anonyme. Paradoxalement, dans ce contexte de FIV à l'étranger, le recours au donneur anonyme garantit la place de l'autre-mère, cet homme ne pouvant légitimer juridiquement sa paternité à l'égard des enfants à naître. À cet endroit, l'institution du lien de filiation juridique appuie le mouvement de reconnaissance psychique des places engagé dès le parcours de procréation. Plus encore, les enjeux conjugaux autour de l'acte d'adoption soutiennent l'instauration d'une fonction paternelle à partir de la place laissée à l'autre-mère dans le discours de la mère de naissance, cela à partir du consentement à l'adoption (Bapst 2020). En France, cette place était alors institutionnalisée à partir du mariage. Ce dernier est très investi par Valentine et Caroline car c'était la seule solution retenue pour obtenir une reconnaissance légale de la place de l'autre-mère. L'absence de liens biologiques nécessite pour Caroline un réaménagement de ce qui institue les places dans la famille. Elle valorise le mariage et l'héritage des prénoms dans sa lignée en s'appuyant sur une identification à sa figure paternelle. En effet, pour Caroline le mariage permet de « *s'inscrire dans le droit commun* », attachement au droit hérité de son propre père. Celui-ci est très présent dans le discours autour de la reconnaissance parentale et du droit : « *pour mon père aussi le fait de rentrer dans le droit commun en fait c'est beaucoup plus simple (...) et ça pour moi c'était hyper important donc pour mon père je pense que ça l'était aussi* ». Toutefois, malgré la loi, des éléments d'inégalité et de non reconnaissance persistent, notamment concernant l'adoption et la reconnaissance des enfants. Ces derniers sont d'emblée rattachés à la question matrimoniale notamment concernant leur « *protection* ». L'acte du mariage offre à Caroline la possibilité de reconnaître aussi bien légalement que psychiquement ses enfants, les protéger en les inscrivant dans une double filiation, en leur apposant son nom à celui hérité de Valentine à la naissance. Encore une fois, il s'agit d'instituer juridiquement un processus psychique déjà en mouvement depuis le projet d'enfant et notamment, pour Caroline, à travers le choix des prénoms de Pierre et de Victor.

Une appropriation du choix des prénoms est valorisée et valorisante pour Caroline, la laissant prendre une position active dans la parentalité après le deuil de sa maternité : « *c'est moi qui ai choisi les prénoms* ». Le premier prénom, Pierre, est directement inscrit dans la filiation paternelle : « *Pierre c'est un nom du côté de ma famille (...) je pense qu'aussi inconsciemment j'ai fait ça pour faire plaisir à mon père* ». Le choix du prénom permet ainsi à Caroline d'inscrire son enfant dans la lignée paternelle et aussi certainement au grand-père de reconnaître son petit-fils comme appartenant à sa filiation. Le prénom favorise ici un lien à l'enfant et une transmission. Victor, lui, est l'enfant dont le prénom signe le lien amoureux entre les deux femmes : « *Valentine m'a fait découvrir (...) une chanson d'amour entre deux personnages qui s'appellent Caroline et Victor* ». Ce choix de prénom inscrit d'emblée l'enfant dans la dialectique du désir des mères. Il est l'enfant de la rencontre amoureuse entre deux femmes. Ce prénom offre la possibilité à l'enfant de se construire un roman familial autour d'une scène primitive qui relie les deux femmes face à leur désir l'une pour l'autre. Pour que Victor puisse s'inscrire dans la filiation autre-maternelle, Caroline choisit un deuxième prénom : « *Victor pour son deuxième prénom Alexandre qui est le prénom de mon père* ». La marque du père est présente dans ce second prénom. Finalement, la prénomination contribue à l'adoption psychique des enfants en dehors d'un lien de filiation biologique et cela avant les procédures d'adoption. Le choix des prénoms révèle tout un imaginaire parental autour du désir conjugal et de l'inscription filiative des enfants. Une inscription nécessaire au processus de transmission et à l'opérationnalisation des fonctions parentales pour les enfants.

Pour la mère de naissance, dont la filiation biologique facilite ce travail de reconnaissance psychique des enfants, les procédures d'adoption participent au nouage des différents registres. Avant l'institution de l'autre-mère, la mère de naissance rejoue les premières séparations mère-bébé, non sans conflictualité : « *chez le notaire j'avais eu à signer le consentement à l'adoption (...) c'est particulier je voulais surtout pas les lâcher t'as l'impression que tu les abandonnes* ». Pour Valentine, l'acte d'adoption fait d'abord tiers puis institue l'autre-mère à la place de l'autre, de l'altérité. Cette séparation apparaît imposée à la mère de naissance et soulève un sentiment d'abandon de ses enfants. En autorisant l'adoption à sa femme, Valentine la reconnaît toutefois en tant que tiers symbolique : « *c'est presque trop dans le sens où des fois j'ai l'impression qu'ils sont plus [Nom de Caroline]* ». Les processus de séparation se retrouvent dans la question de l'appartenance des enfants. Le lien biologique est supplanté par le lien juridique et psychique selon Valentine, expliquant certainement l'ambivalence autour de l'acte d'adoption. Elle s'engage néanmoins dans la construction d'un nom de famille commun en signe d'unité familiale. Les enfants ont deux parents, les deux noms doivent être donnés : « *on a mis les deux noms tout le monde a le même nom de famille* ». La dimension symbolique du nom propre en tant que nom de famille est un marqueur identitaire. Il signifie l'appartenance au groupe familial et réfère l'enfant à une place dans sa famille. Ici le nom de famille symbolise l'union de deux individualités et signe la différence au cœur de la parentalité. Les deux femmes transmettent les noms du père (Lacan 1974-75). Au-delà de la reconnaissance juridique par l'adoption, le nom offre la possibilité de s'affilier et de faire l'épreuve des enjeux de transmission. Il fait « *nou(e)mination* » (Soler 2006, p.17) en supportant à la fois la fonction paternelle et sa transmission, l'interdit de l'inceste et la différence des générations. Il noue en son sein, l'appartenance biologique à la mère de naissance, l'appartenance juridique aux deux femmes reconnues mères et l'affiliation psychique dans les fantasmes qui accompagnent la construction du nom de famille. Ces fantasmes sont empreints du désir au sein de la conjugalité.

LA FILIATION CONTEMPORAINE ENTRE TRADITION ET MODERNITÉ

La filiation dans la parentalité lesbienne s'ancre au sein de la conjugalité. La modalité choisie pour concevoir leurs enfants, l'AMP, réintroduit l'investissement de la filiation biologique sous-tendue pas le choix de celle qui portera les enfants. Ceci implique un travail de la parentalité différent entre la mère de naissance et l'autre-mère et présage des fonctions parentales différentes au sein du couple. On constate que la fonction paternelle s'opère dès le choix de l'AMP. Cette dernière soutient l'assise filiative de la mère de naissance tout en représentant une désintrinsication entre sexualité et reproduction, procréation et filiation. En effet, la *mater certissima* est bien celle qui accouche et cette dernière investit sa place au regard des liens biologiques tout en excluant la paternité du côté du donneur. Les autre-mères, elles, peuvent exprimer des difficultés à trouver leur place. Faire tiers dans la relation primordiale entre la mère et l'enfant nécessite pour elles de négocier une fonction parentale différente de celle de la mère de naissance. Pour ce faire, elles investissent la conjugalité, l'enfant et la loi. Avant la loi n°2021-1017 relative à la bioéthique, elles ne pouvaient investir que le mariage pour adopter, appuyant toujours plus le modèle fondé sur « *l'appartenancier (qui) est aussi celui de l'institutionnel* ». En ce sens, le faire-famille est noué ici à la conjugalité « *structuré par l'institutionnel, c'est-à-dire par les effets de la loi, de l'autorité de mode paternel et du hiérarchique vertical* » (Gaillard 2009, p. 16). À l'image de Caroline, les autre-mères s'appuient à la fois sur l'inscription de leurs enfants dans leur filiation et sur l'institution juridique adossée à la tradition matrimoniale. En ce sens, jusqu'à présent la parentalité lesbienne se calquait sur le « *modèle matrimonial de la filiation* » (Théry 2013), modèle pourtant remis en question aujourd'hui avec la nouvelle loi. En effet, nous posons l'hypothèse que la reconnaissance anticipée devant un notaire, représentant de la loi, permet d'investir une place, un rôle et une fonction parentale pour les deux mères. Plus encore, l'autre-mère se retrouve reconnue juridiquement mère avant la conception de l'enfant. Le nouage entre les différents registres de la filiation se retrouve dans les processus psychiques du devenir-parent. Par ailleurs, la désintrinsication entre descendance et alliances est à relativiser.

Les changements dans l'institution familiale ne révèlent pas une crise profonde à la fois sociale et psychologique de la parentalité. En effet, la persistance des représentations traditionnelles de la famille et la distinction des fonctions parentales restent très prégnantes dans le devenir-parents des mères lesbiennes, avec parfois une référence hétéronormée dans la pratique quotidienne ou dans les mouvements identificatoires nécessaires à ce travail psychique de la parentalité. En ce sens, nous ne pouvons pas dire que dans la parentalité il y a un rejet de l'institutionnel au profit de l'individu et de l'émotionnel, mais une rencontre entre l'affiliation et la filiation instituée.

La question désormais est de savoir comment va se négocier psychiquement cette rencontre entre fondement traditionnel de la famille, innovations permises par la biologie et la médecine et la nouvelle loi relative à la bioéthique.

Références :

- Bapst M. & Razon L. (2018), Le processus d'accès à la parentalité par IAD : fonction maternelle et fonction paternelle dans la parentalité lesbienne, *Dialogue*, 219, p. 51-62.
- Bapst M. (2020), « Opérationnalisation et transmission de la fonction paternelle dans la parentalité lesbienne : La PMA pour devenir mères », *In Analysis*, 4,3, p. 400-403.
- CCNE. (2018), *Le rapport des États généraux de la bioéthique (2018)*. Récupéré de [https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/le-rapport-des-etats-generaux-de-la-bioethique-\(2018\)-version-editee-est-en-ligne](https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/le-rapport-des-etats-generaux-de-la-bioethique-(2018)-version-editee-est-en-ligne)
- Ducouso-Lacaze A. & Grihom M.-J. (2009), Pour une approche métapsychologique de l'homoparentalité. *Perspectives Psy*, 48(2), p. 184-193.
- Ducouso-Lacaze A. & Grihom M.-J. (2010), Homoparentalité : Apports d'une approche psychanalytique. *Le Divan familial*, 25(2), p. 125-142.
- Durif-Varembont J.-P. (2004), Les trois ordres de l'intransmissible. *Cliniques méditerranéennes*, 70(2), p. 211-225.
- Freud S. (1925), Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes, dans *La vie sexuelle*, Paris, Presses Universitaires de France. 1969. p. 123-132
- Gaillard J.-P. (2009), « Le couple contemporain : entre institution et connexion », *Cahiers Critiques de Thérapies Familiales et de Pratiques de Réseaux*, 42, p. 13-25.
- Gauchet M. (2004), L'enfant du désir. *Le Débat*, 132(5), p. 98-121.
- Golse B. (2000), La maternel et le féminin au regard de la bisexualité psychique, dans Greiner, D (dir), *Fonction maternelle et paternelle*, p. 11-24. ERÈS.
- Hurstel F. (1996), *La déchirure paternelle*. Paris, PUF.
- Keiser-Weber G. (2013), *De l'UN à l'autre : Subjectivation au temps de l'enfance*. Thèse de doctorat, Université Nice Sophia Antipolis. Récupéré de <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00926852>
- Lacan J. (1957-58), *Le Séminaire V. Les formations de l'inconscient*. Le Seuil. 1998.
- Lacan J. (1974-75), *Le séminaire XXII* : RSI, Récupéré de http://www.valas.fr/IMG/pdf/s22_r.s.i.pdf
- Naziri D. (2011), Du droit à l'enfant au travail psychique de la parentalité : Approche psychanalytique de la maternité lesbienne. *Cliniques méditerranéennes*, 83(1), p. 109-124.
- Neyrand G. (2007), Parentalité comme dispositif, mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation, *Recherches familiales*, 4, p. 71-88.
- Neyrand G. (2007), Evolution de la famille et rapport à l'enfant, *Enfance et Psy*, 34, p. 144-156.
- Neyrand G. (2014), Un espace familial indexé au sentiment. *Dialogue* 204(2), p. 91-102.
- Neyrand G. (2016), Mutations familiales et dynamique d'affiliation. La reconfiguration des rapports parents-enfants-société, *Empan*, 102, p. 18-27.
- Rey A. (2016), *Dictionnaire Historique de la langue française* (4^{ème} ed.), Paris, Le Robert.
- Soler C. (2006), Nomination et contingence. *Champ lacanien*, 3(1), p. 13-19.
- Thery I. (2013), Mariage pour tous et homoparentalité. *Dialogue* 200(2), p. 61-72.
- Thery I. (2016), *Mariage et Filiation pour tous. Une métamorphose : Une métamorphose inachevée*. Paris, Le Seuil.
- Thery I. (2019), *Mutation sociétales, créativité familiales : le point de vue sociologique*. Communication présentée au Colloque de la revue Dialogue, Tumultes dans l'(af)filiation : créativité dans les pratiques, Université Paris Nanterre, le 23 novembre (2019).



Le dialogue entre parents immigrés et professionnels en crèche

L'enfant au point de rencontre de deux systèmes culturels

Sahika PAT HERRMANN

Chargée de recherche en sciences sociales
PSInstitut & Crèche de l'Observatoire Strasbourg

sahikapat@gmail.com

Résumé

Cette étude analyse les représentations de parents immigrés originaires de Turquie sur l'éducation préscolaire en Europe. Elle explore également leur communication avec les professionnels de la petite enfance. Les parents comparent les modèles éducatifs de leur pays d'origine à ceux de leur pays d'accueil, notant des différences significatives. En Europe, ils découvrent un système de garde d'enfants abordable axé sur le développement des enfants, notamment sur le plan linguistique. Cette transition vers les structures de la petite enfance peut être leur première interaction significative dans la nouvelle société, impliquant des défis liés à la langue et à la culture. L'étude se penche sur leurs pratiques communicatives et leur adaptation à leur nouvelle position sociale au sein de la crèche.

Abstract

This study examines the representations of immigrant parents originating from Turkey, regarding early childhood education in Europe. It also delves into their communication with early childhood professionals. Parents compare the educational models of their home countries with those of their host countries, noting significant differences. In Europe, they encounter an affordable childcare system focused on child development, especially in terms of language. This transition to early childhood structures can often be their first significant interaction in the new society, involving challenges related to language and culture. The study explores their communicative practices and their adjustment to their new social position within the childcare center.

Mots-clés

Éducation préscolaire – Communication parents-professionnels – Interaction en crèche – Représentations sociales

Keywords

Early Childhood Education – Parent-Professional Communication – Interaction in Childcare – Social Representations

INTRODUCTION

Les parents d'origine immigrée comparent souvent le modèle sociétal de leur pays d'origine à celui de leur pays d'accueil, notamment lorsqu'ils sont confrontés au système préscolaire en Europe. Cette comparaison suscite leur étonnement, car la conception de « l'éducation » dans leur pays d'origine diffère de celle prévalant dans leur pays d'accueil (Uslucan 2009). Dans notre cas, il s'agit des parents originaires de Turquie, et selon leurs propres témoignages, la culture d'origine privilégie le fait qu'une bonne mère ne confie pas ses enfants à autrui, et l'enfant reste donc à la maison jusqu'à l'âge de l'école maternelle, voire de l'école primaire.

Un autre facteur qui peut dissuader les parents turcs en Turquie de mettre leur enfant en crèche est le coût de la garde d'enfant, ces établissements sont souvent destinés aux familles aisées (Pat 2022). En Turquie, les crèches ont pour objectif d'enseigner les langues étrangères dès le plus jeune âge, plutôt que de simplement fournir une solution de garde pour les familles qui en ont besoin. En arrivant dans les pays européens, de jeunes parents découvrent un système qui offre un soutien aux enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés. Souvent, ils optent pour la garde collective, appréciant un système qui encourage les enfants à jouer un rôle actif dans leur développement, en particulier sur le plan linguistique (Wahl 2006). Ils estiment également qu'un enfant fréquentant une structure d'éducation dès le plus jeune âge sera moins susceptible de rencontrer des difficultés linguistiques et les échecs scolaires.

Dans cette attente, ils se tournent vers les structures de la petite enfance et sont amenés à communiquer avec les professionnels de ces structures. Cette interaction constitue parfois leur première expérience dans la nouvelle société, avec les interlocuteurs de la langue du nouveau pays. Ils se trouvent face à un nouveau système, une nouvelle langue avec ses codes culturels à décrypter, et les étapes de cette communication obligatoire ne sont pas toujours évidentes à franchir. Notre objectif est d'explorer les dimensions de cette communication, qui peut parfois être non verbale, en mettant l'accent sur deux axes principaux : l'immigration et l'éducation au sein de la famille et au-delà. Nous nous intéressons à leurs pratiques communicatives, ainsi qu'à leurs interprétations de leur nouvelle posture sociale au sein de la crèche.

CADRE THÉORIQUE : PROXÉMIE ET LANGAGE SILENCIEUX

Ces jeunes parents portent un regard critique sur les nouvelles méthodes d'éducation des enfants. Il n'est pas évident de comprendre toutes les raisons de ces critiques, mais elles peuvent résulter des codes culturels relativement différents entre société d'origine et société d'accueil. Afin de mieux comprendre les dynamiques des échanges interpersonnels, nous nous basons sur les recherches qui s'intéressent aux constructions sociales. Parmi elles, nous portons une attention particulière à celles d'Edward T. Hall (1984), auteur du *Langage silencieux*, qui a conceptualisé la notion de proxémie : il montre comment la distance physique entre les interlocuteurs s'établit dans le processus de communication. D'après lui, la catégorie d'espace qu'il appelle dynamique établit une distance interpersonnelle qui varie selon le contexte et la culture. Elle englobe des dimensions spatiales, temporelles et linguistiques variées, ces facteurs contribuant à déterminer la sécurité individuelle dans la communication interpersonnelle.

Il est donc intéressant d'étudier comment la notion de proximité est perçue par des populations ayant des perspectives culturelles différentes. La « proxémie » signifie la perception et l'usage de l'espace par l'homme : en effet, l'espace n'est pas identique dans les sociétés occidentales et orientales. Nos interviewés évoquent ces différences à plusieurs reprises. Par exemple, une jeune mère résidant en Allemagne depuis dix ans trouve, selon ses propres mots, les Allemands « froids et distants » et hésite à « s'approcher d'eux » par peur d'être « jugée ». Afin d'appréhender ce point de vue, voyons d'abord les quatre catégories principales de la distance physique telles que définies dans les études sur l'espace menées par Hall :

- distance intime : une grande implication physique (entre 15 et 45 cm)
- distance personnelle : échanges particuliers (entre 45 et 135 cm) :
- distance sociale : l'interaction avec des amis et des collègues (entre 1,20 et 3,70 m)
- distance publique : interaction en groupe (supérieure à 3,70 m)

Les données indiquées dans ses recherches sont représentatives des populations occidentales, plus précisément des Américains. Cependant, Dion et Bonnin (2004) révèlent que ces distances sont réduites dans le cas des Français et encore plus pour les populations du Moyen-Orient ; les distances à respecter pour les zones d'espace privé ne sont en aucun cas comparables à celles de l'Occident (Akgönül 2009). Cette différence peut entraîner des malentendus dans de nombreuses situations de communication entre un Européen et un non-Européen. De plus, les pratiques culturelles peuvent avoir une influence supplémentaire (Abadan-Unat 2005). Par

exemple, un père qui vit en Allemagne depuis cinq ans s'inquiète de potentiellement déranger les femmes lorsqu'il se rend à la crèche. Il est donc plus attentif au respect de ces distances dans cette situation.

Lors de l'analyse des extraits d'entretiens avec nos informateurs, à savoir des parents immigrés et des professionnels de la petite enfance, nous avons examiné un aspect essentiel lié à la perception de la proxémie. En effet, les travaux d'Albert Mehrabian (1967) révèlent que seulement 7 % de la communication passe par le canal verbal. Le langage verbal ne se charge pas de la transmission d'informations d'un esprit à un autre, mais il se consacre à l'organisation du message (Hall 1979). C'est ainsi que la dimension sous-jacente de la pensée se révèle à travers les messages transmis au-delà du langage verbal. Cet aspect, qualifié de « culture cachée » par Hall, revêt une importance cruciale dans l'interprétation des situations de communication interculturelle.

Cette culture cachée peut se manifester de manière discrète, qu'elle soit consciente ou inconsciente. De nombreux signes non verbaux, paraverbaux (comme l'accentuation des mots et le ton de la voix) ou extravertbaux (Hall 1984), tels que la distance physique ou la posture corporelle, contribuent à cette manifestation. La langue et le corps forment un système indissociable qui émerge de l'interaction. Les brèves séquences interactionnelles sont en perpétuelle construction et transformation. Il est donc essentiel de les analyser de la même manière que nous étudions l'évolution des faits linguistiques.

CONTEXTE ET PUBLIC ÉTUDIÉ : CONFIER SON ENFANT À UNE CULTURE INCONNUE

Ce travail repose sur des entretiens menés dans le cadre d'une thèse de doctorat soutenue en 2022, qui porte sur l'analyse de la communication entre les parents immigrés ayant des enfants fréquentant des structures préscolaires au sein des établissements en France ou en Allemagne et les professionnels de la petite enfance. Nous nous concentrons sur les représentations sociales de ces parents, parfois en situation de non-maîtrise de la langue du pays d'accueil, en ce qui concerne l'éducation préscolaire, ainsi que sur leur perception de la communication avec les professionnels qui sont constamment en interaction avec eux.

La population d'origine turque est significativement présente en France, en particulier en Alsace. Selon les données officielles publiées par l'INSEE en 2021, la région compte environ 50 000 Turcs. Cependant, les chiffres peuvent varier en fonction des sources. Le consulat général de Turquie à Strasbourg déclare que 170 000 Turcs résident dans sa zone de compétence, y compris l'Alsace, ainsi que certaines parties de la Franche-Comté et de la Lorraine qui relèvent du consulat turc. Dans cette perspective, on estime que le nombre de Turcs en Alsace s'élève à 134 000. Cette population est majoritairement composée de jeunes, avec 55% de la population turque d'Alsace âgée de 20 à 40 ans. Il s'agit donc de jeunes parents ayant des enfants en âge préscolaire et scolaire.

La recherche de chiffres pour l'Allemagne donne également des résultats variés. Selon le rapport de Destatis, l'Office fédéral de la statistique en Allemagne, en 2018 on dénombrait 3 millions de personnes d'origine turque résidant en Allemagne (Metzing 2021). Le ministère de la Justice du Bade-Wurtemberg (Justizministerium) a affirmé en 2018 que les ressortissants turcs représentaient 24,6 % de la population étrangère dans la région du Bade-Wurtemberg. Selon les données du consulat de Turquie à Karlsruhe en 2022, on comptait 110 000 personnes originaires de Turquie résidant dans cette région.

Ces données nous permettent d'appréhender la densité des populations originaires de Turquie dans la région transfrontalière du Rhin supérieur et d'envisager les éventuels échanges d'informations qui peuvent survenir au sein de ces communautés voisines (Scheinhardt 2003). Dans cet espace que l'on pourrait qualifier de turco-franco-allemand, la communication entre les familles est particulièrement intense. Les informations circulent rapidement, et les parents sont fortement influencés par les expériences d'autres parents au sein de la communauté (de Tapia 2014). L'une des questions essentielles de ce partage d'informations concerne l'éducation des enfants, car pour ces populations, issues souvent de milieux défavorisés dans leur pays d'origine, la réussite scolaire représente le principal moyen de s'intégrer dans la société. Les parents sont donc très engagés, tant en pratique qu'en théorie, dans la vie scolaire de leurs enfants. Pour ces populations, la période préscolaire gagne en importance, car les parents reconnaissent que le développement linguistique des enfants issus de l'immigration passe par une fréquentation précoce des établissements préscolaires (Rayna 2016).

Nombreux sont donc les parents qui mettent leurs enfants à la crèche du fait de cette inquiétude. Sur le plan culturel, ils sont censés bien calculer les pour et les contre de leur choix. Un enfant bien intégré au pays où il passera toute sa vie, tel est l'objectif idéal, notamment pour son avenir financier, même si une intégration culturelle « modérée » est préférable. Ces familles évoquent fréquemment la nécessité de maintenir une certaine « distance » pour soutenir une inclusion limitée dans ce processus (Armagnague-Roucher & Rigoni 2016).

Les participants à notre étude comprennent des parents qui tentent de trouver leur place dans la nouvelle société tout en préservant leur culture d'origine, ainsi que les éducatrices de la petite enfance qui cherchent à accompagner ces parents et leurs enfants dans leurs premiers pas dans le pays d'accueil. Afin de sélectionner des participants susceptibles de fournir des informations utiles, nous avons réalisé des séances d'observation dans les structures, ainsi que des entretiens exploratoires avant de débiter les entretiens finaux. Nous analysons des extraits d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de 30 personnes, dont 27 parents et 3 éducatrices en crèches.

Comme mentionné précédemment, notre étude porte sur les structures de la petite enfance situées en France et en Allemagne, plus particulièrement dans les régions d'Alsace et du Bade-Wurtemberg. Il s'agit d'une crèche collective, d'une crèche multi-accueil et d'une micro-crèche situées en Alsace, ainsi qu'un *Krippe* (crèche pour les enfants de 2-3 ans) et un *Kindergarten* (pour les 3ans et plus) dans le Bade-Wurtemberg. Il convient de noter que, en raison de la limite de notre échantillon, notre objectif n'est pas de produire des résultats permettant de généraliser une hypothèse, mais plutôt de fournir une première esquisse des réflexions des principaux acteurs de cette communication, qui jouent un rôle crucial dans l'accueil des jeunes enfants issus de l'immigration.

ANALYSE DES EXTRAITS D'ENTRETIENS : SE SITUER DANS LE NOUVEL ESPACE

Pour l'analyse des données recueillies, nous avons utilisé les méthodes d'analyse de contenu, telles que détaillées par Bardin (2013). Ces techniques, axées sur la relation entre les éléments du discours, visent également à interpréter ce qui n'est pas explicitement exprimé, ce qui en fait une méthode efficace pour les recherches qualitatives, notamment lorsqu'elles sont basées sur des entretiens semi-directifs, comme dans notre cas. Au cours de cette étape, nous avons tout d'abord établi des catégories thématiques qui nous ont permis d'effectuer plusieurs relectures des données, nous révélant ainsi les messages sous-jacents présents dans les discours. Cette approche nous a conduit à réaliser une analyse de l'énonciation, nous permettant de regrouper les éléments du discours, suivie d'une analyse des relations qui a mis en évidence à la fois l'existence et l'absence de liens entre les déclarations de nos informateurs. Ce processus nous a permis de mieux comprendre la structure de leur pensée et la manière dont elle s'inscrit dans leur environnement.

Dans le cadre de cet article, nous nous attardons sur la notion de « proxémie » dans ses acceptions concrètes et abstraites. Nous analysons cette notion qui est interprétée de manière très variable au sein de cultures qui diffèrent considérablement. Dans les discours de nos interviewés, nous observons que l'appartenance ethnique et culturelle revient fréquemment. Des sujets tels que le rôle de la femme, la construction de l'identité, les liens avec le pays d'origine et la religion sont souvent évoqués par ces acteurs.

Distances sociales : comparaison des approches éducatives

Pour mieux comprendre les représentations sociales, il est pertinent d'explorer la perception de l'éducation précoce au sein de la culture d'origine des informateurs. Cette culture éducative présente des différences marquées par rapport à l'approche européenne et a récemment connu d'importantes évolutions grâce aux échanges dans l'espace turcophone migratoire en Europe. En Turquie, l'éducation occupe une place centrale dans la vie des familles, et l'école est considérée comme la préoccupation principale. Il fut un temps où les enseignants étaient incontestables et les élèves tenus de leur obéir sans poser de questions, comme en témoigne le proverbe turc souvent cité par les parents qui confient leurs enfants aux enseignants : « Son os est à moi, sa chair est à toi ». Une mère récemment arrivée de Turquie témoigne :

Je trouve les éducatrices un peu distantes et froides. En Turquie, les institutrices sont comme les mamans, elles sont très tactiles. Ici, à la crèche ou à l'école, tout le monde reste distant. Ça m'empêche de m'approcher des gens en Allemagne, j'ai peur d'être rejetée si je me comporte comme je veux.

Ce constat peut parfois entraîner une préférence en matière de communication avec certains professionnels plutôt qu'avec d'autres. Les parents peuvent avoir une préférence pour consulter des éducateurs partageant les mêmes origines ethniques ou culturelles :

Il y a une éducatrice turque dans notre crèche, ça me rassurait beaucoup au début. Je lui posais mes questions, elle me comprenait mieux que les autres éducatrices non turques. Je lui fais confiance et sa présence me rassure.

Les parents interrogés font fréquemment référence à cette perception des professionnels de l'éducation comme étant un « troisième parent » pour l'enfant. Dans leur culture, l'éducation des enfants, à la fois au sein de la famille et à l'école, est considérée comme une responsabilité partagée. Les grands-parents et les professionnels de l'éducation ne sont pas censés maintenir une distance par rapport à l'éducation de l'enfant, bien au contraire. Une mère partage son souhait :

En Turquie, nous n'avons pas de problème de garde d'enfants, c'est souvent les grand-mères qui s'occupent d'eux, mais ici je n'ai pas cette possibilité. J'aurais aimé que ma mère puisse venir garder mon enfant chez moi.

En effet, leur intervention est souvent attendue en cas de décisions concernant l'éducation de l'enfant. C'est un facteur qui renforce la confiance des parents. Une pratique approuvée et valorisée par la communauté, la famille élargie et les professionnels de l'éducation devient parfois une nécessité pour ces jeunes parents. Une mère née en France témoigne :

Ma tante trouvait bizarre de mettre un enfant de 6 mois en crèche. Avant la crèche, c'était elle qui la gardait. Quand j'ai voulu la mettre en crèche, elle avait peur que les autres (dans la communauté turque) disent du mal d'elle, comme si elle n'arrivait pas à bien prendre soin de ma fille, et que pour cette raison j'ai préféré la placer en crèche.

Barrières linguistiques ou culturelles ?

La notion de proxémie, qui ne se manifeste pas toujours par une distance visible et concrète, conduit les parents, en particulier ceux qui sont récemment arrivés de Turquie, à chercher à se rapprocher des autres membres de leur communauté plutôt que de communiquer directement avec les professionnels en crèche. Que ce soit de manière consciente ou inconsciente, ils cherchent d'abord des informations auprès de leurs compatriotes, qu'ils estiment être mieux à même de les comprendre que les autres. Voici le témoignage d'une jeune mère qui réside en Allemagne depuis dix ans :

Si je ne comprends pas quelque chose, j'ai des gens à qui poser la question, je ne demande pas aux éducatrices en crèche. Je pose mes questions surtout aux autres Turcs autour de moi.

En revanche, cette hésitation ne découle pas toujours d'une maîtrise insuffisante de la langue du pays. Même les parents nés et scolarisés dans le pays d'accueil de leurs parents ou grands-parents peuvent éprouver des difficultés de communication. Une jeune mère née en France témoigne :

Ça m'arrive d'avoir des problèmes de communication même si je maîtrise bien le français. Je suis née ici, je parle cette langue depuis mon enfance, mais il peut y avoir des problèmes de communication.

Dans la suite de notre entretien, cette jeune mère approfondit ses échanges avec les professionnels de la crèche et fournit un exemple concret des malentendus vécus au sein de la structure. Elle avoue également hésiter à poser ses questions par peur d'être jugée :

Je n'ai pas toujours de réponses claires à mes questions. Par exemple, je voulais prendre des congés de 2 mois pour partir en Turquie, je leur ai demandé de faire une pause pour ne pas payer le mois de juillet, apparemment il fallait faire sa demande en avance. On ne me l'avait pas expliqué en avance.

J'hésite à leur poser beaucoup de questions, j'ai peur de passer pour une idiote. Les gens peuvent facilement penser qu'on n'est pas intelligents si on pose trop de questions.

La crainte de ne pas pouvoir communiquer avec la crèche peut les pousser à chercher des solutions, comme demander à une connaissance de les aider pour la traduction :

La première fois, on y est allés avec mon mari et sa sœur. (...) Elle a fait de la traduction pour que je puisse communiquer avec la directrice.

Cependant, certains parents préfèrent communiquer directement avec les éducateurs, même s'ils rencontrent des difficultés linguistiques. Ils désirent comprendre leurs interlocuteurs, en dépit des possibles malentendus cultu-

rels, et sont ouverts à l'expression des émotions humaines qui peuvent surgir lors de ces échanges :

Un jour, quand j'avais du mal à comprendre la directrice, on m'a proposé d'appeler une autre maman turque pour la traduction, mais j'ai refusé cette proposition. Car, je pense que la vraie communication passe aussi par les gestes. Je leur ai dit que je me sentrais mieux comprise si nous nous parlions en nous regardant dans les yeux.

Présence masculine en famille et en crèche

Dans un contexte migratoire, il devient complexe de trouver sa place au sein de la société d'accueil, mais avant cela, il est tout aussi important de s'intégrer au sein de sa nouvelle famille et de sa communauté d'origine, qui peut parfois être critique envers les nouveaux arrivants. Les rôles familiaux évoluent considérablement par rapport à ce qui prévalait dans le pays d'origine. Hommes et femmes font face à des défis similaires (Toprak 2007). Les hommes sont confrontés à la pression de conformer leur comportement aux normes culturelles d'origine, tout en évoluant dans des contextes radicalement différents. Par exemple, un futur mari peut arriver dans le cadre du regroupement familial sans parler la langue du pays d'accueil et sans diplôme ou métier reconnu en Europe. Malgré ces défis, il est souvent attendu qu'il assume le rôle de « chef de famille » et prenne des décisions concernant les affaires familiales. Dans de telles situations, la dynamique au sein du couple peut devenir instable, en particulier en ce qui concerne l'éducation des enfants (Uslucan 2009).

En quête de validation de leur rôle, les hommes sont également confrontés aux normes sociales de la nouvelle société, notamment en ce qui concerne les interactions entre hommes et femmes. Dans leur culture d'origine, certains espaces, tels que les crèches, sont perçus comme étant principalement fréquentés par des femmes. Un père nouvellement arrivé de Turquie partage son expérience :

Je ne vais pas souvent à la crèche, c'est ma femme ou sa maman qui le fait. C'est parce que je n'ai pas le temps et qu'il n'y pas d'autres hommes en crèche.

Il explique que dans la culture turque, la présence des pères en crèche n'est pas très répandue. En cas de besoin, il s'y rend pour chercher ses enfants, puis cherche à « quitter la scène » aussi rapidement que possible. Les hommes ont tendance à passer moins de temps en crèche, car cet endroit est perçu comme étant un « endroit féminin ». Certaines mères confirment cette perception et estiment que cette responsabilité revient aux femmes. Une mère qui a récemment immigré de Turquie témoigne :

Je pense que c'est compliqué pour un homme de faire des tâches des femmes. Pour nous (les Turcs), c'est à la maman d'aller voir les crèches et de parler avec les directrices.

Les éducateurs, conscients du contexte familial de ces parents, confirment souvent la tendance des pères à maintenir une certaine distance. Parfois, ils tentent d'encourager les parents à s'impliquer davantage dans la vie de la crèche, mais ils se retrouvent parfois hésitants, craignant que cette situation ne complique leur travail. Une éducatrice d'origine turque exerçant en Allemagne partage son point de vue :

Dans la culture turque, c'est les mamans qui sont en contact avec les *KiTa* [*Kindertagesstätte*, établissements multi-accueil] et les *Kindergarten*, les papas n'ont pas besoin de communiquer avec les femmes des crèches : les directrices ou les éducatrices. Quand on veut voir les deux parents en même temps, les familles turques ont souvent des excuses. Les hommes ne sont pas présents. Je comprends tout de suite le souci, je connais la culture et je leur dis de venir ensemble. Cette situation est difficile pour moi. J'essaie de ne pas intervenir personnellement à ces moments-là.

CONCLUSION

Dans une perspective communicationnelle, la famille, en interaction avec son environnement, constitue une entité autonome tout en offrant à ses membres la possibilité d'évoluer et de s'individualiser. Ce cadre, bien que présent dans chaque structure familiale, subit la pression d'un environnement nouveau dans le contexte migratoire. Les parents immigrés, qui traversent de nombreuses étapes pour apprendre à communiquer avec la nouvelle société, ressentent également le besoin de préserver cette entité en délimitant ses frontières vis-à-vis de l'extérieur. L'attribution des rôles internes nécessite également une approche plus structurée afin de redéfinir ces dynamiques dans leur vie.

L'un des premiers contextes où ces parents entrent en contact avec les professionnels de l'éducation est la crèche. Ils sont confrontés à plusieurs exigences : comprendre la notion de proxémie dans les situations de communication, décoder les codes sociaux nécessaires pour se faire comprendre et établir une communication efficace tout en exprimant leurs besoins, attentes et préoccupations. Les dynamiques migratoires, constamment en évolution, même au sein de la communauté d'origine, leur offrent la possibilité de redéfinir leurs interactions avec la société et de réajuster leurs pratiques communicatives. Cependant, ce partage peut également conduire à un repli communautaire, comme observé dans le cas des parents préférant s'informer auprès des membres de la communauté turque en cas de besoin plutôt que de recourir aux professionnels des structures de la petite enfance (Pat 2022).

Au cours des deux dernières décennies, les États allemand et français ont souligné l'importance du lien entre l'école et la famille. De nombreux projets destinés aux parents ont été mis en place, tels que « Ouvrir l'École aux Parents pour la Réussite des Enfants » en France et « KiTa mit Eltern gestalten » en Allemagne (« La crèche conçue avec les parents »). Cependant, lors de la mise en œuvre de ces projets, il est crucial de prendre davantage en considération les constructions culturelles et familiales qui varient d'une situation à l'autre. Les parents immigrés, en particulier, ont besoin de développer des stratégies de communication, et il est essentiel de ne pas limiter leurs pratiques communicationnelles aux seules compétences linguistiques.

Il s'avère que la conception des projets qui visent la participation des parents à la vie de la crèche nécessite une étude des tous les éléments qui font partie du même ensemble, tels que l'accès à l'information, l'évolution du projet migratoire, les échanges au sein de la communauté, l'inclusion identitaire dans la nouvelle société, et bien d'autres.

Il s'agit d'une rencontre entre deux systèmes éducatifs et culturels distincts : d'une part, le système familial ancré dans des valeurs divergentes de celles de la société d'accueil, et d'autre part, le système social du pays hôte. Cette dynamique est scrutée à travers le prisme des espaces d'accueil de la petite enfance, représentant un point de convergence crucial où cette interaction doit se matérialiser. La manière dont le système familial gère cette distance émerge comme un élément clé influençant l'intégration potentielle de la famille et de l'enfant dans le tissu social d'accueil. Notre étude met en lumière l'importance de décortiquer comment les expériences individuelles, notamment celles liées à la distance physique et sociale, déterminent la position de chaque membre familial. En observant de près ces interactions systémiques, nous découvrons dans quelle mesure la capacité à surmonter ces différences alimente le dialogue entre les deux systèmes, et comment cela peut impacter l'intégration globale de la famille au sein de la société d'accueil.

La vie elle-même, jalonnée de séparations, voit chaque rupture se transformer en le commencement d'une nouvelle phase d'intégration, d'identification et d'évolution. Comment peut-on envisager d'aborder l'implication des parents immigrés dans la vie scolaire de leurs enfants sans tenir compte de leur engagement social dans d'autres contextes ?

Références :

- Abadan-Unat N. (2005), *Migration ohne Ende. Vom Gastarbeiter zum Eurotürken*. Berlin, Berliner Institut für Vergleichende Sozialforschung.
- Akgönül S. (2009), Appartenances et altérités chez les originaires de Turquie en France. Le rôle de la religion. *Hommes & migrations*, 1280, 34-49.
- Armagnague-Roucher M. & Rigoni, I. (2016), Conduire une recherche sur la scolarisation d'élèves primo-migrants : quelques enjeux et défis socio-institutionnels. *Nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 75, p. 321-333.
- Bardin L. (2013), *L'analyse de contenu*. Paris, PUF.
- Dion D. & Bonnin G. (2004), Une étude comparative des systèmes proxémiques français et tunisiens. *Recherche et applications en marketing*, 19, 3, p. 45-60.
- Hall E. (1984), *Le langage silencieux*. Paris, Seuil.
- Hall E. (1979), *Au-delà de la culture*. Paris, Seuil.
- INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques (2021), *Répartition des étrangers par groupe de nationalités de 2006 à 2020*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381750>.

- Mehrabian A. & Ferris S. (1967), Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 3, p. 248–252.
- Metzing M. (2021), *Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten, deren Nachkommen und Geflüchteten in Deutschland. Rapport pour Destatis*. Bonn, Bundeszentrale für politische Bildung, p. 286-294.
- Pat S. (2022), *Pratiques communicatives et éducatives en contexte plurilingue et pluriculturel dans les structures préscolaires de l'espace franco-allemand*. Université de Strasbourg. Thèse sous la direction de S. de Tapia et A. Geiger-Jaillet.
- Rayna S. (2016), Enfants (de) migrants : quel accueil dans le préscolaire ? *Informations sociales*, 3, 3, p. 72-80.
- Scheinhardt, H. (2003), Interregionalität und die türkische Migration am Oberrhein. in Reich, H. (dir.), *Zwischen Regionen*. Landau, Knecht, p. 165-171.
- Tapia (de) S. (2014), L'immigration turque en France. Ancrages territoriaux et identités composées. in Poinot M. (dir.), *Migrations et mutations de la société française. L'état des savoirs*. Paris, La Découverte, p. 111-120.
- Toprak A. (2007), *Das schwache Geschlecht – die türkischen Männer. Zwangsheirat, häusliche Gewalt, Doppelmoral der Ehre*. Freiburg im Breisgau, Lambertus.
- Uslucan H.H. (2009), Erziehung in Migrantenfamilien: Entwicklungs - und erziehungspsychologische Perspektiven. in Schneewind K. (dir.), *Familien in Deutschland. Beiträge aus familienpsychologischer Sicht*. Berlin, Deutscher Psychologen Verlag. p. 30–35.
- Wahl S. (2006), *Les premiers pas : Étude comparée franco-allemande*. Berlin, Dohrmann.



Les effets des violences conjugales sur le vécu de la grossesse et la construction des liens précoces

Cécile BRÉHAT

Psychologue clinicienne

PAST et Chercheure associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

brehatcecile@yahoo.fr

Résumé

À partir d'une recherche doctorale et en appui sur une pratique clinique en service de psychiatrie infanto-juvénile, cet article vise à éclairer les effets à long terme de violences conjugales sur la traversée psychique d'une grossesse et les effets des violences conjugales dans la construction des liens précoces. En illustrant le propos par des vignettes cliniques, il montre comment la mise en jeu du pulsionnel, que ce soit à travers une grossesse ou dans la relation intersubjective avec le bébé, réactive le traumatisme psychique de la violence et entrave les processus de subjectivation et la mise en place de la fonction alpha, nécessaire à l'établissement des premiers liens. Les difficultés d'ajustement dans le lien peuvent créer des troubles notamment à expression somatique chez le bébé.

Abstract

Based on doctoral research and clinical practice in a child and adolescent psychiatry department, this article aims to shed light on the long-term effects of domestic violence on the psychological process of pregnancy and the effects of domestic violence on the construction of early bonds. Illustrated with clinical vignettes, it shows how the activation of the drive, whether through pregnancy or in the intersubjective relationship with the baby, reactivates the psychic trauma of the violence and hinders the processes of subjectivation and the establishment of the alpha function, which is necessary for the establishment of the first bonds. Difficulties in adjustments to the bond can lead to disorders, particularly somatic ones, in the baby.

Mots-clés

Violences conjugales – Grossesse – Traces psychiques – Liens précoces – Transgénérationnel

Keywords

Domestic violence – Pregnancy – Psychic traces – Early bonding – Transgenerational

CONTEXTE¹

Depuis plus d'une dizaine d'années les conséquences psychiques, physiques et sociales des violences conjugales préoccupent les pouvoirs publics dans le monde² et en France comme en témoigne l'intégration au premier plan de la lutte contre les violences faites aux femmes dans le plan interministériel pour l'égalité entre les hommes et les femmes 2023-2027. En 2019, s'est organisé le Grenelle des violences conjugales, ainsi que la publication du

1. Certains éléments du contexte et de la méthodologie ont déjà fait l'objet d'une publication cf. Bréhat (2019).

2. Convention d'Istanbul : Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, avril 2011.

rapport du GREVIO³. En 2010, la loi « relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants »⁴ a reconnu que les violences conjugales ne concernent pas seulement les partenaires du couple mais aussi leurs enfants. Les travaux réalisés au Canada (Fortin & al. 2000, Racicot & al. 2010) et aux États-Unis (Wood & Sommers 2011) sur les enfants dits « témoins » ou « exposés »⁵ aux violences du couple ont participé à cette prise de conscience. Des travaux français (Savard & Zaouche-Gaudron 2011) mettent aussi en avant les difficultés affectives, sociales, comportementales et cognitives de ces enfants ainsi que des problèmes de santé, des symptômes de stress post-traumatique, des conflits de loyauté ainsi qu'un renversement des rôles observable par un processus de parentification.

Différents travaux se sont également intéressés aux conséquences des violences conjugales pendant la grossesse. Ils tentent d'établir un lien entre violences conjugales et grossesse et, plus précisément, entre la survenue d'une grossesse et le début des violences conjugales. Selon l'enquête Violence et RAports de GENre (VIRAGE 2015)⁶ et l'enquête nationale sur les violences faites envers les femmes en France (Enveff 2000), des violences physiques sont constatées dans 3 à 8% des grossesses. Ce taux de violence serait trois à quatre fois supérieur en cas de grossesse non désirée. Certains travaux (Gazmararian & al. 1996, Helton & al. 1987, Martin & al. 2001, Stewart & Cecutti 1993) indiquent que la grossesse serait un évènement déclencheur ou aggravant des violences conjugales physiques. Dans 40% des cas, soit quasiment une fois sur deux, les violences conjugales débute lors de la grossesse ; 70% des femmes enceintes ont déclaré que la violence s'était aggravée durant la grossesse ; parmi les femmes qui ont déclaré des violences, 90% en ont subi en postnatal précoce, durant les trois mois suivant l'accouchement. Des travaux (Pelizzari & al. 2013) au sujet des conséquences directes des violences conjugales physiques sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et sur la santé des femmes et celle de leur enfant ont également été réalisés. En effet, les femmes ayant subi des violences physiques avant et/ou pendant la grossesse auraient des risques significativement plus élevés de présenter un grand nombre de pathologies obstétricales. Selon Sadlier (2015), les violences conjugales peuvent aggraver une maladie chronique de la femme enceinte (diabète, hypertension artérielle, asthme) avec des possibles effets néfastes sur le développement du fœtus. Rappelons aussi les atteintes directes d'organes, les fractures des os en formation y compris la boîte crânienne. Selon une étude de l'OMS en 2013⁷, la violence physique du partenaire intime pendant une grossesse augmenterait aussi la probabilité de fausse couche, de naissance d'enfant mort-né, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale à la naissance. J. Silverman et ses collègues (2006) retrouvent des risques augmentés jusqu'à plus de 90% pour les métrorragies, plus de 60% pour les ruptures prématurées des membranes, les infections urinaires et les vomissements incoercibles, plus de 48% pour le diabète et plus de 40% pour l'hypertension artérielle. Les nouveau-nés de ces femmes ont un risque de prématurité significativement augmenté jusqu'à 37% et d'hypotrophie jusqu'à 21%. Une enquête de 2012 (Joudrier 2012) étudiant rétrospectivement, sur un département français, le déroulement de la grossesse de femmes victimes de violences conjugales indique un taux d'accouchement prématuré de 23% contre 7%. Une récente étude américaine (Donovan & al. 2016), qui a réalisé une méta-analyse avec les données médicales issues de 50 études regroupant plus de cinq millions d'enfants de 17 pays différents, conclut à 2,3 fois plus de naissances prématurées et un poids de naissance 2,5 fois plus faible que la moyenne. Dans ces situations, la prématurité pourrait s'envisager comme une conséquence sur le fœtus de la maltraitance faite à la mère.

3. Le GRoupe d'Experts sur la lutte contre la VIOLence faites aux femmes (GREVIO) est une instance émanant du Conseil de l'Europe qui a pour mission d'évaluer chaque pays membre de la Convention d'Istanbul afin de s'assurer de la bonne mise en œuvre des recommandations de la convention.

4. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010.

5. Le passage de « témoin » à « exposé » est indicatif de la prise en compte des différentes réalités de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale : être témoin direct des épisodes violents (voir ou entendre), être soi-même victimisé ou impliqué lorsqu'ils surviennent (par ex. tenter d'intervenir), être exposé à leurs contrecoups (climat de peur, silence lourd, mère blessée, arrestation, etc.) ou entendre le récit des actes subis.

6. Réalisée par l'Institut national d'études démographiques (INED).

7. Étude de l'OMS, « Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effect of intimate partner violence and non-partner sexual violence », 2013.

Les conséquences des violences conjugales anté-, péri- et post-natales précoces ont un effet à court, moyen et long terme sur le développement somatique, neurologique et psychique du fœtus, du nourrisson et de l'enfant, même si à l'heure actuelle, les troubles restent sous-diagnostiqués car l'investigation s'avère difficile. Par ailleurs, la représentation sociale idéalisée de la grossesse rend difficile la représentation de la violence pour les professionnels de santé qui ne posent pas forcément la question au sujet d'éventuelles violences conjugales vécues (Salmona 2008). De plus, nous savons que le sentiment de honte souvent ressenti dans les situations de violences conjugales enjoint à se taire et entrave les processus de subjectivation.

APPROCHE INTER- ET TRANSGÉNÉRATIONNELLE DES VIOLENCES CONJUGALES

Pour approcher les conséquences des violences intrafamiliales sur la construction des liens précoces, commençons par appréhender l'économie psychique du couple dans lequel s'agissent des violences conjugales car avant d'être une famille, on est d'abord un couple. Selon A. Sanahuja (2020, p. 197) : « Avec la formation d'un couple, deux familles se rencontrent. (...) Tout sujet serait vêtu d'un habit tissé avec une multitude de fils représentant les liens familiaux qui l'enveloppent dès sa naissance et tout au long de sa vie. (...) Lors de la formation de tout couple, les partenaires amoureux « partageraient leurs habits », mettraient en commun leurs « fils familiaux » pour tisser une tunique singulière ». Cette tunique singulière est alors considérée comme une enveloppe psychique (Anzieu 1985) contenant un espace psychique commun qui lui-même est inclus dans l'espace familial élargi par les deux lignées. En référence aux travaux d'A. Ruffiot, fondateur de la thérapie psychanalytique du couple et de la famille, c'est ce qui constitue l'appareil psychique familial qui constitue la toile de fond du sujet et de la famille. Cette approche familiale psychanalytique nous permet de resituer les violences conjugales dans leurs dimensions inter- et transgénérationnelles. Elle éclaire également quelle place fantasmatique l'enfant à naître peut être appelé à occuper dans l'économie psychique du couple et plus largement dans l'espace familial, en fonction des enjeux inconscients transgénérationnels. En effet, le tissage des liens du couple est aussi fait d'éléments traumatiques, non élaborés ou restés en souffrance que chaque partenaire tente de contenir dans cette enveloppe psychique du couple pour « stabiliser » le couple. Selon R. Kaës (2009), le lien intersubjectif serait un lien reposant sur des alliances inconscientes entre les deux sujets du couple dont le but serait de le conserver car lui seul permettrait d'atteindre les buts inconscients de chacun.

Pour S. Freud (1914), le bébé à venir occupe le lieu du Moi idéal du parent défini comme une « formation psychique appartenant au registre de l'imaginaire, représentative de la première ébauche du moi investie libidinalement » (Chemama 1998, p. 256). Le Moi Idéal caractérise le Moi réel qui aurait été l'objet des premières satisfactions narcissiques. Le sujet aspire à retrouver ce Moi-Idéal conçu comme un idéal de complétude narcissique, édifié sur le modèle du narcissisme infantile. Le narcissisme parental, en tant que reviviscence du narcissisme infantile, serait une source d'amour intense dans un transfert d'espoirs et idéaux, c'est ce qu'il nomme « His Majesty the Baby ». L'investissement narcissique serait donc au fondement du lien à l'enfant. Or, dans les situations de violences conjugales, le lien est souvent qualifié de « collusif » (J. Payen de la Garanderie, 2014). La collusion, constitutive du lien conjugal, est définie comme « une organisation croisée, couplée, articulant désirs et défenses autour de fragilités structurelles de chaque partenaire » (Sanahudja A., 2017, p : 197). Le couple se construit souvent « autour d'un ennemi commun, ou tiers persécuteur qui va les souder et masquer pour un temps l'ennemi intime, en le projetant vers l'extérieur un tiers persécuteur » (J. Payen de la Garanderie, 2014, p : 39). L'enfant à naître, par les remaniements psychiques qu'engendrent les processus de maternalisation et de paternalisation, peut se retrouver à cette place de tiers persécuteur dont la fonction est de stabiliser le lien conjugal. La période de la grossesse peut réactiver chez les pères et les mères des vécus traumatiques infantiles. Pour certains hommes, la période de grossesse va réveiller des défaillances narcissiques profondes, en particulier pour ceux ayant un vécu infantile empreint d'événements traumatiques de séparation et de violences. Du fait d'une absence de tiers intériorisé, le père peut vivre l'enfant du couple comme un rival, face à l'insupportable investissement libidinal de la mère pour un autre, ce qui peut raviver une dimension abandonnique. Il arrive aussi que certaines femmes enceintes, envisagent leur bébé comme porteur d'accalmie ou de sérénité donc du côté de la réparation du couple conjugal. Pour d'autres, la présence d'un autre en soi peut relever de l'insupportable jusqu'à entraîner de la maltraitance sur le fœtus. Elles peuvent alors attaquer directement leur fœtus en se donnant des coups dans la paroi abdominale ou avec des techniques abortives (C. Tabet, 2009). Cette approche inter- et transgénérationnelle permet de saisir

comment l'enfant à venir ou nouvellement né peut alors devenir la cible des vécus traumatiques antérieurs non résolus.

LES CONSÉQUENCES À LONG TERME DES VIOLENCES CONJUGALES SUR LE VÉCU PSYCHIQUE DE LA GROSSESSE : UNE DÉCOUVERTE CLINIQUE

Dans le cadre d'une recherche doctorale sur la construction du maternel dans les situations de naissances très prématurées (Bréhat 2018), l'irruption dans le récit de violences conjugales passées chez plusieurs femmes rencontrées, alors même que la femme enceinte n'est plus en couple avec un conjoint violent, a suscité une interrogation clinique. Qu'est-ce qui les conduit à parler de violences conjugales passées, évoquées avec de vives émotions et l'expression de sentiments de honte et culpabilité, alors qu'elles étaient invitées à parler du vécu psychologique de leur grossesse actuelle ? Face à la récurrence de ce surgissement dans le présent d'un vécu de violences passées, nous nous sommes interrogées (Bréhat 2019) sur le lien entre processus de maternalité défini comme « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité* » (Racamier 1979) et l'apparente nécessité de tenter de subjectiver les réminiscences d'un corps violenté.

Méthode de la recherche

Dans le cadre de cette recherche qualitative, longitudinale (en pré- et en post-partum) et comparative auprès d'une population de femmes primipares afin d'approcher les spécificités de la construction du sentiment maternel en situation de grande prématurité, nous avons rencontré vingt femmes hospitalisées ou non en service de grossesses à risques qui répondaient aux critères suivants : 1er enfant de la femme, grossesse unique, femmes vivant en couple avec le père de leur enfant, francophones et majeures. Aucune n'était dans un isolement social ou familial. Au travers d'entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'une heure, nous leur avons proposé de témoigner du vécu psychologique de leur grossesse et des premiers temps de vie avec leur enfant, la visée étant de repérer comment s'est construite pour elles leur maternalité à travers l'évolution des processus psychiques au cours de la grossesse et après la naissance de l'enfant. Elles ont été sollicitées par le biais de services de maternité et de consultations de sages-femmes en libéral. Avec leur accord, les entretiens ont été enregistrés, transcrits et anonymisés. L'analyse des données discursives visait à explorer les déterminants psychiques sous-jacents par une analyse qualitative des contenus des verbatim (Blanchet & Gotman 2000) et une analyse des procédés discursifs avec une attention particulière portée aux mécanismes défensifs (Maingeneau & Angermüller 2007). En lien avec les hypothèses de recherche, les entretiens ont été travaillés selon deux axes : la construction du maternel, à travers le vécu de la grossesse, de l'accouchement et des premiers temps avec l'enfant prématuré et la place que ces femmes accordent au discours médical.

La fonction de protection : un lien entre le narcissisme et les processus de maternalisation

Pour ces femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche, un travail d'élaboration des réminiscences serait nécessaire pour pouvoir réinvestir leur narcissisme afin de se représenter en tant que mère pouvant assurer une fonction protectrice de l'autre en elle et à venir. Les réminiscences de violences conjugales passées pourraient alors s'envisager comme une tentative d'élaboration de cette fonction de protection que la construction du maternel appellerait et qui serait précisément défaillante chez la femme qui a subi des violences conjugales. L'identification à une position maternelle de protection permettrait un investissement libidinal du fœtus sans se sentir dangereuse pour lui, ni à l'inverse menacée par lui. Cette identification passerait par un travail psychique de restauration d'un narcissisme fragile. M. Bydlowski & B. Golse (2010) identifient un mouvement de bascule de l'attention psychique du contenant au contenu au cours de la grossesse psychique, en correspondance aussi avec la perception des mouvements fœtaux. Ce mouvement de bascule permettrait de passer d'un surinvestissement narcissique à l'investissement objectal du bébé. Un travail de subjectivation de ces expériences traumatiques peuvent s'avérer nécessaire pour pouvoir « basculer » dans un investissement objectal et se construire une représentation d'elle-même en tant que mère et ainsi se représenter l'enfant à venir. Beaucoup d'études ont été réalisées sur les conséquences directes des violences intrafamiliales sur le développement des enfants, mais peu d'études explorent les

effets à long terme des violences conjugales. Cette découverte clinique amène à étudier l'effet de violences conjugales de manière plus large que dans l'ici et maintenant. Elle ouvre sur la persistance des traces psychiques d'anciennes violences vécues et sur les effets de leur réactivation dans des événements de la vie qui touchent la mise en jeu pulsionnel du corps : traversée psychique d'une grossesse, mais aussi dans la création des liens précoces.

EFFETS DES VIOLENCES CONJUGALES DANS LA CONSTRUCTION DES LIENS PRÉCOCES

Nous avons vu l'intrication entre le narcissisme du parent et les processus de maternalisation ou autrement dit entre le narcissisme du parent et ses capacités psychiques d'investissement libidinal de l'objet. La prise en compte de la dimension transgénérationnelle dans les situations de violences conjugales éclaire la place fantasmatique que peut venir occuper l'enfant à naître. Les violences conjugales affectent le psychisme de la femme et donc de la mère en devenir dans sa fonction de contenance.

Effets des violences conjugales sur le psychisme de la femme

Selon C. Metz et A. Thevenot (2021), la dynamique relationnelle cyclique et mortifère des violences conjugales impacte précisément le narcissisme de la femme victime de violences conjugales qui se traduisent dans des affects de honte et de culpabilité. Le traumatisme psychique de la violence effracte le système de pare-excitation, a un effet désorganisateur (difficulté de liaison de l'affectivité à des représentations) et attaque les processus de symbolisation (Freud 1920). Ce travail de destruction génère des failles dans les enveloppes psychiques du sujet (Kaës 2015). Or, la mise en place de la fonction alpha (Bion 1962), centrale dans le processus intégratif, est mise à mal par l'effet des violences conjugales sur le psychisme de la mère. La capacité de rêverie maternelle, facteur de la fonction alpha, est définie comme un « *état d'esprit réceptif à tout objet provenant de l'objet aimé, un état d'esprit capable, autrement dit, d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises* » (*id.*, p. 54). Elle se trouve alors entravée par le traumatisme psychique de la violence. Les fonctions de protection, de contenance et de transformations sont perturbées, ce qui entraîne des difficultés d'ajustement aux besoins psychiques du bébé, voire un dysfonctionnement relationnel. Le concept de maternel primaire (Roussillon 2011) montre l'importance du pulsionnel dans la construction du lien précoce. Il définit quatre traits abordés « *à partir des élans pulsionnels du bébé et de leur accueil par la mère* » pour que le bébé puisse intégrer et s'approprier le lien. Ce concept, qui met en lumière l'importance de la capacité d'accueil et de contenance de l'activité pulsionnelle du bébé pour qu'elle puisse s'organiser, nous donne à penser sur l'interprétation qui peut être donnée par la mère en fonction des représentations attachées aux manifestations pulsionnelles du bébé. Quelle « coloration » va être donnée à l'interprétation de l'activité pulsionnelle du bébé : quand il crie, quand il pleure, quand il tète en fonction de son propre rapport à la pulsionnalité ?

Le vécu corporel des expériences sensori-motrices et tonico-émotionnelles s'organise dans un climat interactif à travers le holding, le handling (Winnicott 1961) et la fonction alpha afin que le bébé puisse construire son self à travers un sentiment de continuité d'existence. Si le contexte familial est violent, la stabilité et les routines interactives dont a besoin le bébé pour se développer harmonieusement est mise à mal. Un excès ou un défaut de stimulations sensorielles par manque de disponibilité psychique parentale en lien avec des violences conjugales et/ou la dépression a des effets dans la construction des modalités relationnelles précoces et plus particulièrement dans la régulation émotionnelle. Si les éprouvés ne sont pas « détoxifiés » par la fonction maternelle, ils sont évacués par le bébé dans des tensions motrices, des pleurs inconsolables ou de l'agitation. Le développement global de l'enfant s'en trouve alors atteint car son développement somato-psychique du bébé se construit en étayage sur celui de l'adulte. Dans le lien intersubjectif, de quoi le bébé a-t-il besoin pour se construire psychiquement ?

Les besoins psychiques du bébé

La néoténie du bébé ou son état de détresse « Hiflosigkeit » (Freud 1926) est à l'origine de sa dépendance absolue à son environnement. Le nourrisson se vit comme indifférencié de celui qui s'occupe de lui – le « Nebenmensch », l'Autre secourable. Les soins font partie intégrante du bébé car il est dans un état de non-intégration. Il n'a alors pas de moyen de savoir ce qui lui est offert et ce dont il est préservé. Cet état de « double dépendance »

(Girard 2017) souligne l'importance de la qualité des soins maternels dans la construction des relations précoces : « *En s'adaptant aux besoins du Moi de l'enfant, la mère donne le temps aux facultés de l'enfant qui apparaissent avec la maturation de se développer* » (id, p. 26). C'est grâce à la disponibilité et la permanence des soins que l'enfant va peu à peu construire un sentiment de continuité d'existence et qu'ainsi va se développer son self (Winnicott 1961). Peu à peu, le bébé va pouvoir se représenter les objets en leur absence. Cette représentation interne de l'objet va lui permettre de supporter la séparation. C'est ainsi que peut se mettre en place l'activité de pensée qui à son tour consolide les bases narcissiques de l'individu, c'est-à-dire que se sentir penser favorise la continuité du sentiment d'exister. On passe alors du sentiment d'être au sentiment de continuité d'existence (Golse 2020).

Les difficultés d'intégration des expériences lors de cette période de dépendance absolue entraînent des ruptures du holding qui se traduisent par de l'empêchement suscitant des angoisses primitives comme se sentir morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas pouvoir s'orienter. Le bébé ne se rend pas compte de la carence mais souffre des conséquences de ces ruptures de holding car il a besoin des capacités d'attention psychique, de contenance, et de transformation de l'autre pour se construire psychiquement (Bion 1962, Mellier 2012). Le bébé a besoin d'intérioriser les fonctions contenantes d'un objet maternel sécurisant (Bick 1968) pour se sentir à l'intérieur d'une peau qui délimite un intérieur et un extérieur. Quand l'enfant ne se sent pas contenu, peuvent alors se mettre en place des angoisses catastrophiques d'anéantissement, une identité adhésive, des sensations d'agrippement sensoriel pour retrouver une stabilité perdue ou une « seconde peau » : auto-agrippement à une fonction physique ou psychique (carapace musculaire). La fonction de protection est donc nouée au holding qui à la fois contient et empêche l'émergence d'angoisses primitives : « *Le nourrisson qui est porté, ou qui est dans un berceau, n'a pas conscience qu'on ne cesse de l'empêcher de tomber* » (Winnicott 1957, p. 79). Autrement dit, « *Les souffrances ou anxiétés primitives désignent au contraire des angoisses-tensions qui signalent la faillite d'un premier contenant psychique* » (Mellier & Rochette-Gugliemi 2009, p. 115). Ce sont bien ces fonctions de contenance et de transformation attaquées chez la mère par le traumatisme psychique des violences conjugales qui feront alors défaut chez l'enfant, entravant ainsi son développement harmonieux.

VIGNETTE CLINIQUE : NICOLAS ET SA MÈRE

Issue d'une pratique clinique en tant que psychologue clinicienne en service de Psychiatrie Infanto-Juvenile, la rencontre avec Nicolas et sa mère illustre ce qui peut se jouer dans la construction des liens précoces parents-enfants et plus particulièrement mère-enfant dans une situations de violences conjugales, même lorsque la mère n'est plus avec le conjoint violent et père de l'enfant.

Sur les conseils de la puéricultrice de la Protection Maternelle Infantile, la mère de Nicolas appelle le service de Psychiatrie Infanto-Juvenile pour une demande de consultation en raison d'une « *stagnation pondérale* » et de « *difficultés relationnelles* ». Nicolas est âgé de 2 ans et 1 mois ½. Il est enfant unique et vit avec sa mère qui ne travaille plus. Avec ces éléments cliniques recueillis par le secrétariat, je reçois Nicolas et sa mère pour un premier entretien clinique.

Premier entretien clinique

La mère commence l'entretien en motivant sa demande de consultation pour son fils ainsi : « *Il ne prend pas de poids (...) il a peur des personnes (...) il se jette par terre* ». Elle poursuit en précisant assez rapidement que Nicolas a été exposé à des violences conjugales graves, sans vouloir en dire davantage, en faisant mine de ne pas vouloir parler de cela devant son fils. Elle précise que le père de Nicolas est incarcéré. Je l'interroge sur le contexte d'apparition des symptômes : « *Depuis la naissance, il pleure (...) déjà il ne dormait pas, son poids stagnait* ». Je lui demande alors de préciser ce qu'elle nomme des difficultés relationnelles : « *Il pleure, il hurle pour n'importe quoi, c'est comme si ça ne collait jamais (...) Il fait des crises incompréhensibles, j'ai du mal à comprendre ce qu'il veut (...) Quand il voit quelqu'un, il court vers moi* ». Nicolas, lui de son côté, me regarde du coin de l'œil. Il ne sourit pas. Il dit quelques mots. Il est pâle et plaintif. Il gémit sans cesse, comme pour illustrer ce que sa mère décrit de lui. J'éprouve des difficultés à entrer en relation avec lui.

La poursuite de l'entretien clinique me permet d'entendre que ses parents se sont rencontrés trois ans avant sa naissance. Les violences conjugales auraient commencé lorsqu'ils se sont installés ensemble. Elle me raconte que lorsqu'elle est tombée enceinte, les violences conjugales ont augmenté : « *tu as mon fils, je serai toujours avec toi* », lui aurait-il dit. Elle dit ne pas avoir pu partir car elle voulait l'aider. Je lui demande quelles relations elle entretient avec le père aujourd'hui. Elle me répond : « *Aujourd'hui, je ne veux plus rien savoir de cet homme (...) quand je vois la liberté que j'ai (...) il me manipulait, il prenait tout mon argent* ». Elle poursuit sur la narration de cette relation d'emprise. À ce moment de l'entretien, Nicolas se met à pleurer intensément et se couche par terre en se collant littéralement à l'armoire comme pour trouver une limite. Je suis alors décontenancée par ses pleurs qui évoquent une réelle détresse. Je le rejoins et lui caresse le dos en lui parlant doucement et calmement. Je me dis que sans doute il nous donne à entendre ce que le discours de sa mère lui fait vivre et m'appuie sur ce que je ressens contre-transférentiellement pour tenter de mettre en mots ce ressenti. J'essaie de mettre en lien ce qu'il exprime avec ce que j'ai entendu dans les paroles de sa mère et ce qu'il a dû éprouver dans cette histoire. Il s'apaise alors peu à peu. La mère me regarde et me dit : « *c'est la première fois que je le vois comme ça* ». Je l'interroge sur le sens de cette parole. Elle précise : « *je n'arrive jamais à l'apaiser* ». Elle poursuit sur les troubles du sommeil de Nicolas qui présente des difficultés d'endormissements et fait des cauchemars. Je conclus l'entretien en lui proposant un nouveau rendez-vous dans quinze jours pour poursuivre ce travail engagé. Je propose un temps d'accueil thérapeutique ouvert pour Nicolas que nous proposons dans notre service afin qu'il puisse avoir des expériences relationnelles avec d'autres enfants. Et enfin, je l'invite à entreprendre un travail thérapeutique pour elle-même.

À travers ce premier entretien clinique, s'expriment les difficultés d'accordage dans les liens précoces : « *c'est comme si ça ne collait jamais (...) Il fait des crises incompréhensibles, j'ai du mal à comprendre ce qu'il veut (...) je n'arrive jamais à l'apaiser* », ainsi que l'expression d'une insécurité affective : « *Quand il voit quelqu'un, il court vers moi* ». Les différents symptômes de Nicolas : difficultés alimentaires, difficulté de régulation émotionnelle, troubles du sommeil sont autant de troubles à expression somatique en lien avec un défaut ou un excès de stimulations.

À la suite de ce rendez-vous, je me souviens que j'avais déjà rencontré Nicolas et sa maman lorsqu'il était âgé de 3 mois et demi. Il avait été hospitalisé en service de pédiatrie, dans lequel j'interviens dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Le motif de la consultation psychologique était : pleurs inconsolables, stagnation de la courbe du poids et eczéma. Nicolas présentait donc déjà le même tableau clinique. Malgré son inquiétude pour les symptômes de son enfant, la mère n'avait pas souhaité poursuivre ses entretiens cliniques au cours desquels j'avais repéré une atteinte narcissique : la peur d'être une mauvaise mère.

La mère de Nicolas n'est pas venue aux deux rendez-vous proposés sans prévenir de son absence. Elle me recontacte 3 mois plus tard pour reprendre un rendez-vous.

Second entretien clinique

La mère de Nicolas commence l'entretien en disant : « *Ça va beaucoup mieux depuis qu'il va à la crèche, il n'a plus peur comme avant* ». Nicolas a commencé à aller en crèche deux mois auparavant. Elle poursuit : « *Quand il n'a pas ce qu'il veut, il se jette par terre (...) il ne grossit toujours pas, mais il suit sa courbe* ». De son côté, Nicolas est moins plaintif mais reste toujours en retrait. Il joue dans le bureau tout en étant attentif à ce qu'il se dit. Elle évoque sa difficulté à parler du père de Nicolas à son fils et plus précisément de lui parler de son incarcération. Elle ajoute que le père ne l'a pas reconnu et qu'il n'a fait aucune démarche pour pouvoir bénéficier de la mesure de visites médiatisées proposées par la Justice. Face à son impossibilité à dire ce qui semble être pris dans un conflit de sa propre histoire familiale, je lui propose de la rencontrer seule pour en parler. Elle n'a pas encore entrepris de démarche psychothérapique pour elle-même.

Troisième entretien clinique

La mère de Nicolas ne parvient pas à dire à son fils la réalité de l'incarcération de son père et verbalise son absence ainsi : « *Il travaille, il est dans son appartement* ». Le père de Nicolas a été incarcéré 9 mois aux 9 mois de Nicolas. À sa sortie de prison, il est revenu chercher ses affaires dans leur appartement et Nicolas a hurlé. Sept mois plus tard, le père a été incarcéré à nouveau pour des « *nouveaux faits de violence en état d'ivresse devant un*

bébé », me précise-t-elle. (La démarche de consultation coïncide donc avec la deuxième incarcération du père). Lorsque je l'interroge sur la difficulté qui sous-tend son impossibilité à nommer la réalité, elle répond : « *Par rapport à mon fils, j'ai peur* ». Tout en entendant comment circule le signifiant « peur », je lui demande de préciser. Elle poursuit : « *Mon fils a deux parents* ». S'énonce alors ce qui est resté en souffrance pour elle dans sa propre histoire familiale : « *Mes parents ont divorcé quand j'avais 12 ans. Je l'ai mal vécu par rapport à mon père, j'aurais voulu le voir plus ; je n'ai pas envie qu'il vive la même chose que j'ai vécu de ne pas voir son père ; j'essaierai de dire le moins possible par rapport aux violences pour pas attaquer son image, pour qu'il ne le voit pas différemment* ».

Cette parole qui semble ne pouvoir s'énoncer qu'en l'absence de son fils vient révéler la dimension intergénérationnelle à l'œuvre. C'est comme si l'enfant occupait le lieu du Moi idéal de la mère ; précisément de quelque chose dont elle manque, qui n'est jamais advenu, qui est resté en attente et en souffrance. Prise dans le désir de réparer la blessure de son histoire infantile, à travers la place qu'elle assigne à son fils, la mère de Nicolas ne peut penser son fils comme un sujet dans son histoire. Nicolas serait le support de son idéal parental : un enfant « *qui a* » ses deux parents. Mais cette prise inconsciente dans sa blessure d'enfance crée un point d'aveuglement et l'empêche de sécuriser son fils par souci de protection de la figure du père.

La mère de Nicolas ne reviendra pas. Pouvons-nous y entendre une difficulté à supporter un tiers différenciateur dans la relation avec son fils ? Des trop grandes résistances pour aborder « sa part à elle » ?

Ici encore, cette vignette clinique permet de repérer comment, même quand la femme n'est plus en lien avec le conjoint violent, les alliances inconscientes transgénérationnelles peuvent se poursuivre au niveau de la parentalité et se disent à travers « *c'est son enfant* ».

EN GUISE DE CONCLUSION...⁸

Le traumatisme psychique de la violence impacte le narcissisme et les processus de subjectivation à long terme. La mise en jeu du pulsionnel comme lors d'une grossesse réactive des traces psychiques d'anciennes violences vécues restées en souffrance et toujours agissantes dans le rapport à soi et à l'autre. Elles demandent à être entendues par-delà la honte et la culpabilité, par un autre qui permettra qu'un travail d'élaboration puisse se faire afin de métaboliser ces éléments bruts non-détoxifiés qui sinon continuent à agir inconsciemment dans leurs potentialités destructrices et ce, dans une dimension transgénérationnelle. En effet, ce qui n'a pu se symboliser dans le rapport à soi peut se rejouer dans le lien à l'autre dans un « télescopage » entraînant des confusions dans les places inter et transgénérationnelles, participant ainsi à la transmission de la violence dans le fonctionnement familial. La vignette clinique de Nicolas et sa mère illustre bien comment les effets de la violence traumatique chez la mère font le lit des traumatismes précoces « en creux » chez l'enfant par la déliaison pulsionnelle qu'elle génère. Les symptômes de l'enfant surgissent à l'endroit du traumatisme produit par l'absence de l'objet dans une situation de détresse. L'intériorisation d'un objet primaire défaillant n'est alors pas sans effet sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Dans ces formes pathologiques du « faire famille », toute la difficulté pour les instances de contrôles extérieures, et plus particulièrement ici dans le travail thérapeutique, est d'arriver à faire tiers symbolisant dans le système familial.

Références :

- Anzieu D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, rééd. 1995.
- Azoulay C., Emmanuelli M. (2000), La feuille de dépouillement du TAT : nouvelle formule, nouveaux procédés, *Psychologie clinique et projective*, 6, p. 305-327.
- Bick E. (1968), Expérience de la peau dans les relations d'objets précoces, *Écrits de Martha Harris et Esther Bick*, Larmor Plage, Éditions du Hublot, trad. française intégrale 1998, p. 135-139.
- Bion W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 2003

8. Je tiens à remercier chaleureusement la Pr. Anne Thevenot pour sa relecture attentive et ses précieux conseils dans la rédaction de cet article.

C. Bréhat : Les effets des violences conjugales sur le vécu de la grossesse et la construction des liens précoces

- Blanchet A., Gotman A. (2007), *L'entretien*, Armand Colin, Série : l'enquête et ses méthodes.
- Bréhat C. (2018), *Construction du maternel en situations de naissances très prématurées*, Thèse de doctorat, Université de Strasbourg.
- Bréhat C. (2019), Traces psychiques de violences conjugales passées sur la grossesse et risque de prématurité. *Recherches familiales*, 16, p.129-140.
- Chemama R. & Vanderersch B. (1998), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse-Bordas.
- Donovan D. & al. (2016), Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes : a systematic review and meta-analysis, *Journal international d'Obstétrique et de Gynécologie*, 123, p. 1289-1299.
- Fortin A, Cyr M., Lachance L. (2000), Les enfants témoins de violence conjugale. Analyse de facteurs de protection, *Études et analyses*, Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, 13.
- Gazmararian J. & al. (1996), Prevalence of violence against pregnant women, *The Journal of the American Medical*, 275, p. 1915-1920.
- Girard M. (2017), *De psychiatrie en psychanalyse avec Winnicott : Les conditions du soin psychanalytique institutionnel*, Nîmes, Champ social.
- Golse B. & Bydlowski M. (2001), De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie vers l'objectalisation, *Carnet/Psy*, 63, p. 30-33.
- Golse B. (2020), *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*. Toulouse, Érès.
- Helton A., Mc Farlane J., Anderson E. (1987), Battered and pregnant: a pre-valence study, *American Journal of Public Health*, 77, pp.1337-1339.
- Joudrier H. (2012), *Violences conjugales et grossesse en médecine générale*, Thèse de médecine générale, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Paris.
- Kaës R. (2015), *Crises et traumatismes à l'épreuve du temps : Le travail psychique dans les groupes, les couples et les institutions*, Paris, Dunod.
- Kaës R., (2009), *Les Alliances inconscientes*, Paris, Dunod.
- Freud S. (1914) Pour introduire le narcissisme, traduction de Jean Laplanche in S. Freud, *La vie sexuelle*, 1969, Paris, PUF, p. 81-105
- Freud S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, PUF, 2013.
- Freud S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 2009.
- Maingeneau D., Angermüller J. (2007), Discourse analysis in France. A conversation, *Forum Qualitative Social Research*, 8, 2.
- Martin S., Mackie L., Kupper L. & al. (2001), Physical Abuse of Women Before, During, and After Pregnancy, *The Journal of the American Medical*, 12, p. 1581-1584.
- Mellier D. (2012), Souffrance, attention et processus de contenance chez le bébé, *La vie psychique du bébé*, Paris, Dunod, p.197-243.
- Mellier D. & Rochette-Guglielmi J. (2009), Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat. *Champ psychosomatique*, 56, p.113-133.
- Metz C., Thevenot A. (2021), *Femmes et violences conjugales : Versant sociétal, versant singulier*, Paris, Hermann.
- Payen de la Garanderie J. (2014), Violence relationnelle : menace et absence de tiers. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 53, p. 31-47.
- Pelizzari M. & al. (2013), Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de Médecins généralistes d'Île-de-France, *Cliniques méditerranéennes*, 88, p. 69-78.
- Racamier P-C. (1978), À propos des psychoses de la maternité, in Soulé M. (dir), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, ESF, La vie de l'enfant, p. 42-51.
- Racicot K., Fortin A., Dagenais C. (2010), Réduire les conséquences de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale : pourquoi miser sur la relation mère-enfant ?, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 86, p. 321-342.
- Roussillon R. (2011), Le concept du maternel primaire, *Revue française de psychanalyse*, 75, Paris, PUF, p. 1497-1504.
- Salmona M. (2008), Grossesse et violences conjugales : impact sur l'enfant, *Revue l'observatoire*, 59.
- Sanahuja A., Bernard A. & Naimi M. (2020), Violence et défaut de rêverie dans le couple. *Le Divan familial*, 45, p. 193-206.
- Sadlier K. (2015), *Violences conjugales : un défi pour la parentalité*, Paris, Dunod.
- Savard N., Zauouche Gaudron C. (2011), Points de repères pour examiner le développement de l'enfant exposé aux violences conjugales, *La revue internationale de l'éducation familiale*, 29, p. 13-35.

C. Bréhat : Les effets des violences conjugales sur le vécu de la grossesse et la construction des liens précoces

- Silverman J., Decker M., Reed E. & al. (2006), Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health, *Journal américain d'Obstétrique et de Gynécologie*, 195, p. 140-148.
- Stewart D., Cecutti A. (1993), Physical abuse in pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 1498, p. 1257-1263.
- Tabet C., Dupuis-Gauthier C., Schmidt P. & al. (2009), Maltraitance à fœtus : comment comprendre pour prévenir. *Devenir*, 21, p. 205-244.
- Winnicott D.W. (1957), *Contribution de l'observation directe des enfants à la psychanalyse*, in *Processus de maturation chez l'enfant*, tr. fr. J. Kalmanovitch, Paris, Payot, 1974, p. 73-79.
- Winnicott D.W. (1961), *La relation parent-nourrisson*, Paris, Payot, rééd. 2011.
- Wood S., Marilyn Sommers M. (2011), Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses*, 24, p. 223-236.



Violences conjugales et intrafamiliales

Interroger le concept de continuum

Virginie Le Corre

Chargée de recherche en sociologie

PSInstitut Strasbourg

Chercheuse associée LinCS (UMR 7069 CNRS/Université de Strasbourg)

lecorreV@hotmail.fr

Résumé

Les violences conjugales et intrafamiliales procèdent d'une systémique qui explique leur répétition au sein du couple, et souvent leur reproduction d'une génération à l'autre, selon des facteurs multiples se renforçant mutuellement : psychologiques, sociaux et institutionnels. Le concept de continuum des violences sexuelles élaboré par Liz Kelly (1987) les inscrit dans une division genrée de la violence des hommes sur les femmes. Une recherche effectuée sur trois ans auprès de femmes victimes de violences dont les enfants ont été placés sous main de justice permet une vision complémentaire de ce concept, qui confirme les facteurs de reproduction du système de violence, mais souligne également les chemins de sorties possibles du système, notamment le déclencheur que constituent le ou les enfants. L'article propose pour terminer de revenir sur le concept de continuum pour en souligner la pertinence dans les situations les plus répandues, celles des violences perpétrées par des hommes sur des femmes au sein de couples hétérosexuels, mais également pour en interroger les limites dans nombre d'autres cas qui s'en trouvent invisibilisés : violences au sein des couples homosexuels, et violences perpétrées sur des personnes transgenres.

Abstract

Domestic and intra-family violence arises from a systemic pattern which explains its repetition within the couple, and often its reproduction from one generation to the next, according to multiple mutually reinforcing factors: psychological, social and institutional. The concept of a continuum of sexual violence developed by Liz Kelly (1987) places it in a gendered division of men's violence against women. Research carried out over three years with women victims of violence whose children have been placed in the custody of the justice system allows a complementary vision of this concept, which confirms the factors of reproduction of the system of violence, but also highlights the possible exit paths from the system, in particular the child(ren) as trigger. The article concludes by returning to the concept of continuum to highlight its relevance in the most widespread situations, those of violence perpetrated by men on women within heterosexual couples, but also to question its limits in many other cases which are made invisible: violence within homosexual couples, and violence perpetrated against transgender people.

Mots-clés

Violences conjugales – Violences intrafamiliales – Violences faites aux femmes – Continuum de violences sexuelles

Keywords

Domestic violence – Intra-family violence – Violence against women – Continuum of sexual violence

La question des violences conjugales est depuis de nombreuses années fortement débattue dans la société. Comment les comprendre, les prendre en charge mais également les prévenir, sont des problématiques communes régulièrement remises au cœur de actions de politiques publiques mais aussi d'associations diverses se multipliant dans le paysage féministe actuel. En effet, à Strasbourg par exemple, de nombreuses associations de

prise en charge de femmes victimes de violence ont vu le jour, tenues le plus souvent par des étudiant.e.s, de plus en plus sensibilisé.e.s autour des questions de violences de genre. Car la violence conjugale, entendue dans ce cas au sein d'un couple hétérosexuel, implique une division genrée de la violence, où les femmes (hétérosexuelles et cisgenres) sont victimes d'hommes (hétérosexuels et cisgenres).

Le constat d'un système de violences perpétrées à l'encontre des femmes est exprimé dans le concept élaboré par Liz Kelly en 1987, de *continuum de violences sexistes et sexuelles* (Kelly 2019 [1987]). Ce concept fournit un outil de compréhension de la complexité des violences conjugales, que nous pouvons appliquer à l'exemple d'un programme de recherche auquel nous avons participé entre 2020 et 2023, et sur les résultats duquel nous nous appuyons dans le présent article.

Nous proposerons cependant également d'interroger le concept, car basé à l'origine sur une enquête auprès de femmes hétérosexuelles cisgenres, il s'expose à ne pas rendre compte de certains faits de violences dans les couples, à savoir par exemple les quelques rares cas de violences conjugales exercées par des femmes à l'encontre d'hommes, ou encore, plus communément, les violences dans les couples de même sexe. Il contribue aussi éventuellement à invisibiliser les femmes transgenres dans les féminicides alors que leur nombre est loin d'être négligeable : 327 personnes transgenres et non binaires tuées dans le monde en un an entre 2021 et 2022¹.

IDENTIFIER ET DÉCRIRE LES VIOLENCES CONJUGALES

Les résultats présentés dans les lignes qui suivent proviennent du programme de recherche *Violences conjugales et intrafamiliales : parentalité des mères et décisions de justice* (VIC-PADEJ), réalisé pour le compte de la Mission de recherche Droit et Justice² conjointement par le laboratoire SuLiSoM de l'Université de Strasbourg (UR 3071) et PSInstitut. Cette enquête interdisciplinaire réunissant le droit, la psychologie ainsi que la sociologie fournit des analyses qualitatives basées sur des entretiens semi-directifs menés entre 2020 et 2023. Ces entretiens ont été réalisés auprès de femmes victimes de violences conjugales et intra familiales de la part d'hommes avec qui elles ont été en couple pendant un temps plus ou moins long, et dont l'enfant (ou les enfants) ont été placés sous main de justice, des suites de ces faits de violences. Le partenariat avec des associations d'aide aux victimes ou encore d'assistance éducative nous a permis d'accéder à un terrain où les situations pouvaient apporter un éclairage complet à la fois sur des situations familiales et institutionnelles vécues.

Notre échantillon regroupe neuf femmes âgées entre 34 et 49 ans. Deux d'entre elles sont d'origine étrangère, arrivées en France suite à leur mariage. Sept d'entre elles sont françaises dont une d'origine allemande. Dans cet échantillon, il est à noter que quatre d'entre elles ont un niveau d'études à Bac+5. Certaines enquêtes ont déjà révélé qu'à la fois les catégories supérieures ne sont pas exemptes des violences conjugales, mais également et surtout qu'elles sont les moins nombreuses à porter plainte en cas de violence subie (Vanier & Langlade 2018). Cet élément est déjà un premier facteur explicatif quant au fait d'avoir potentiellement laissé une situation de violence s'aggraver jusqu'à la nécessité d'y faire intervenir la justice.

Les violences dans le couple semblent à la fois communes et différentes dans les récits des violences conjugales, leur distribution reste vaste et recouvre un ensemble aux limites parfois floues d'une victime à l'autre. L'enquête VIRAGE (« Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes ») menée en 2015, vient mettre en avant une multiplicité de formes de violences recensées (Brown & Mazu 2021) : jalousie/contrôle, insultes/dénigrement, ambiance menaçante, chantage économique, menaces de violences sur l'enfant, violences physiques, violences sexuelles. La complexité de la prise en charge sociétale des violences conjugales est comprise dans cet éventail vaste et souvent mal reconnu, que ce soit par les victimes, auteurs, ou par les institutions chargées de les prendre en charge.

L'enquête Enveff (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France), quant à elle, s'accorde sur une définition de la violence dans le couple sous l'angle du rapport de force : « La violence est fondée sur un

1. Estimation du Trans Murder Monitoring de l'organisation européenne TGEU. Site : <https://www.stophomophobie.com/327-homicides-de-personnes-transgenres-et-non-binaires-recensees-depuis-un-an/>. Page consultée le 12 octobre 2023.

2. <http://www.gip-recherche-justice.fr/>

rapport de force ou de domination qui s'exerce par les brutalités physiques ou mentales entre au moins deux personnes. Il s'agit d'imposer sa volonté à l'autre, de le dominer, au besoin en l'humiliant, en le dévalorisant, le harcelant jusqu'à sa capitulation et sa soumission » (Jaspard & al. 2001, p.17).

Ces enquêtes quantitatives ont permis de catégoriser et rendre compte de la complexité de la violence dans le couple et les familles. Néanmoins, c'est la conceptualisation de la notion de *violence situationnelle* et sa différenciation d'avec le *terrorisme intime*, proposée par Johnson (2008), qui éclaire le possible malentendu entre ces violences et leur réalité effective en termes de victimation. En effet, à partir de cette typologie, l'auteur tend à expliquer qu'entre les conjoint.e.s peuvent apparaître des formes de conflit ponctuel, où l'un.e comme l'autre expriment leur désaccord de manière plus ou moins violente, sans pour autant tenter un rapport de force ou de domination comme décrit plus haut. Cette logique de domination se retrouve justement dans le concept de *terrorisme intime*, où le but d'un des deux conjoints est bien d'asseoir sa domination physique, psychique, potentiellement sexuelle sur l'autre en effectuant des formes de pression quotidiennes et des stratégies diverses afin de réduire l'autre à un état de passivité totale.

Le concept de *continuum de violence sexiste et sexuelle* (Kelly 2019) évoqué en introduction permet alors de relier des catégories de violences et la difficulté d'y donner un sens commun pour les victimes. Ceci se confirme ensuite à travers chaque parcours de femmes où se déclinent des formes de violences plus ou moins banalisées, voire normalisées, perpétrées par l'entourage social et familial, et revécues à travers la situation de couple. Ainsi, si les chiffres de l'enquête Enveff montrent que les enfants témoins de violences entre leurs parents ont davantage tendance à reproduire une situation de violence (28%), il s'agit bien là de l'effet d'une forme de normalisation de ces situations, qui peut conduire l'individu à ne pas forcément évaluer la déviance ou la dangerosité de ses actes. Le concept de continuum vient faire émerger en premier lieu la récurrence et la banalisation d'actes potentiellement misogynes. L'idéalisation du couple soutient alors cette normalisation, où le quotidien amène des situations plus ou moins tendues à se répéter tout en étant permises et tolérées des deux côtés par les partenaires, qui préfèrent alors vivre dans la tension que dans la solitude du célibat. Cette peur de la solitude est alors soutenue par le dernier élément du continuum, la dépendance. Il s'agit souvent d'une dépendance financière, dans le cas d'un contrôle économique que l'on observe fréquemment dans des cas d'emprise, où l'autre ne peut avoir les moyens de son indépendance, et où la dépendance psychique prend alors toute son ampleur. Il est à noter également que les femmes, d'autant plus les mères, sont souvent soumises au régime financier de leur conjoint, qu'elles soient simplement moins bien payées, ou encore qu'elles ne travaillent pas.

L'ENFANT COMME DÉCLENCHEUR

Ces grandes enquêtes autour de la violence réalisées depuis le début des années 2000 sont confirmées par les similarités de parcours retrouvées dans les témoignages issus de VIC-PADEJ. Elles mettent également en avant un facteur d'aggravation, l'alcool, et un facteur déclencheur dans le système de violence : l'arrivée d'un enfant.

Le rôle de l'alcool se retrouve dans l'enquête VIC-PADEJ : ainsi sur neuf femmes, sept évoquent la question de l'alcool voire l'alcoolisme dans leur relation. L'alcool est en effet un facteur aggravant retrouvé dans bon nombre de recherches antérieures, quel que soit le pays interrogé : il est de toute manière associé aux violences de toutes natures. L'alcool et l'alcoolisme sont le point de convergence des expériences relatées en termes de violences conjugales (Bonnet 2015). La plupart des femmes de cette recherche évoquent l'alcoolisme chez leur conjoint, qu'il s'agisse d'un biais pour l'excuser, ou pour excuser les situations vécues. L'une des femmes de la recherche (Mme R) avoue par exemple s'être mise à consommer de l'alcool pour favoriser la « proximité » avec son conjoint alcoolique. Elle consomme avec lui sans se rendre compte de sa propre conduite alcoolique, jusqu'au jour où, lors d'un repas en famille, elle tombe de sa chaise sous l'effet de l'ébriété, et se retrouve alors étiquetée alcoolique en lieu et place de son partenaire.

L'arrivée d'un enfant est un facteur déclencheur remarquable dans la systémique de la violence, et qui joue dans les deux sens : que ce soit comme déclencheur des violences (mais peut-être aussi comme déclencheur d'une prise de conscience, par ces femmes, de violences déjà existantes), ou que ce soit comme facteur de sortie du système.

L'arrivée de l'enfant signe le départ des violences physiques pour une partie d'entre elles : trois admettent que les violences commencent dès la grossesse, tandis qu'elles étaient considérées moindres avant, voire inexistantes. Le changement corporel avec la grossesse entraîne les femmes à apercevoir leur corps différemment, nous saisissons dans leur discours que la nuance entre violence situationnelle et terrorisme intime se cristallise à ce moment précis de leur vie, les violences – souvent verbales jusque là – prennent une ampleur différente lors de la venue d'un enfant, que ce soit dès la grossesse ou une fois l'accouchement réalisé. La violence perpétrée sur l'enfant est également un facteur de révélation de la violence. Tant que seule la mère est touchée, celle-ci prend l'entière responsabilité de sa victimation, bien souvent dans un discours qui légitime les actes de l'autre : « ça s'passait très bien puis ça a recommencé (...) alors ça a jamais été sur la petite hein toujours sur moi » (Mme G).

Dans la majorité des cas observés, c'est effectivement la survenue des violences sur le corps des enfants qui rend subitement insupportable la situation pour la mère, victime antérieure. Cette antériorité date bien souvent de l'enfance, ce qui justifie de parler de continuum. Sur neuf femmes, deux seulement évoquent une « enfance heureuse », une refuse catégoriquement d'en parler, tandis que les autres témoignent de situations de violences entre leurs parents, de concurrence exercée dans la fratrie, mais aussi des situations de délaissement menant à une peur de l'abandon systématique dans les parcours adultes. Trois d'entre elles confient leur peur d'être seule, de ne plus être en couple, ou encore de l'échec sentimental (Mme P), tout en soulignant le fait qu'à leur rencontre initiale elles étaient « la proie facile » (Mme R), n'allant pas forcément « bien quand je l'ai rencontré » (Mme S2). Les relations problématiques déjà observées entre leurs parents sont évoquées par quatre d'entre elles, et sont répétées à l'âge adulte, banalisées dans leur couple : toutes ont subi de la violence verbale et de la violence physique. Trois d'entre elles parlent de viols, même si elles ont des difficultés à le nommer : Mmes A2 et S1 le comprennent comme une obligation conjugale et Mme R mettra du temps à réaliser que son conjoint l'a violée alors qu'elle était sous traitement médicamenteux et donc inconsciente au moment des faits. La honte d'exposer l'intime permet à ces situations de se perpétuer sans réelle prise en charge, la difficulté de faire reconnaître un viol dans le cadre conjugal (Vanier & Langlade, 2018), autant verbalement que physiquement, explique qu'aucune plainte n'est déposée par ces trois femmes.

Les violences conjugales et intrafamiliales se déclinent sur plusieurs niveaux :

- un niveau personnel qui est celui de l'histoire de la victime et son « continuum » de fréquence incorporé ;
- un niveau social, ce que la victime veut bien mettre en avant de sa situation de violence, et dans le même mouvement, ce que l'auteur des violences va entreprendre comme stratégie de déresponsabilisation dans ce même cercle social ;
- enfin, un niveau institutionnel, quand les associations d'aide ou encore la police sont les derniers recours, notamment après des signalements faits par l'école pour des constats de violences envers les enfants.

Cette dernière dimension, à la fois la plus importante dans le cadre d'une sortie possible de l'emprise, est aussi la plus délicate en ce qu'elle oblige les victimes à laisser entrer le social et l'institutionnel dans l'intimité du couple. La honte portée par la victime, entretenue par le terrorisme intime, l'enferme dans une situation figée où la plainte est difficile, tant la légitimité de la violence semble plus pertinente, jouée et rejouée depuis des années dans son parcours. C'est lorsqu'elle survient sur un tiers, la plupart du temps les enfants (six femmes sur neuf), mais parfois un animal (Mmes K et S1), qu'elle devient insupportable, menant la plupart du temps à une sortie des violences, soit par signalement extérieur (école), soit par volonté de ne pas faire subir à l'enfant ce que la mère a jusque-là réussi à supporter au nom de son couple (Jaspard 2011, p. 58).

Le chemin de la sortie des violences est alors jalonné d'épreuves institutionnelles parfois difficiles à encaisser. La prise en charge des violences conjugales par l'institution judiciaire, par exemple, est souvent compliquée en raison de la complexité de la violence conjugale, mais aussi du continuum incorporé ne permettant pas forcément aux femmes de réaliser ce qui fait violence ou non. Les attaques verbales et l'emprise psychologique sont délicates à relever, tandis que pour les coups, le constat a posteriori ne permet pas la prise en compte en terme de jours d'ITT, les traces ayant potentiellement disparu. La loi aussi joue son rôle dans la légitimation des violences conjugales : dans l'enquête VIC-PADEJ, certaines femmes expriment leur désarroi lors du dépôt de plainte. Par exemple, Mme S1 se rend à la police après un épisode où elle a été séquestrée dans sa chambre et menacée avec des ciseaux. Elle nous dira que sa déclaration a joué contre elle parce qu'elle ne se souvenait pas de tout

dans les détails : « ça a été en ma défaveur/elle a dit comme quoi je savais plus c'était quel ciseau ». Après cet épisode où elle a craint pour sa vie, elle s'enfuit avec ses affaires pendant que monsieur est en garde à vue. Malgré cela, il continue régulièrement à la harceler, mais « quand j'appelle la police, on me dit que tant qu'il est pas devant la porte ils peuvent pas intervenir ». Mme A2 exprime aussi une forme de déception quant à la prise en considération des situations de violences : « on est dans une société où au final les violences envers les femmes c'est pas une priorité (...) parce que si c'était une priorité et ben les sanctions elles seraient en adéquation ».

Six femmes interrogées sur neuf se plaignent que les services de police ne semblent pas prendre plus au sérieux leur détresse quant à cette ancienne relation, alors même qu'elle est terminée. Certaines craignent même les services sociaux auxquels elles ont été adressées. Mme A2 déplore avoir été victime de violence de la part d'un homme avec qui on la force à avoir encore des rapports pour le « maintien du lien ».

MAINTIEN DU LIEN, MAINTIEN D'UNE EMPRISE ?

La spécificité de cette enquête réside également dans le fait que la médiation avec le conjoint violent est indissociable du parcours de chaque femme. Ainsi, si certaines sont persuadées de la bonne intention d'une telle mesure, plusieurs d'entre elles la déplorent et n'en comprennent pas le but, dont Mme A2 citée ci-dessus. Sept sur neuf semblent désabusées par cet encouragement au maintien du lien, en sus de leur déception quant à l'administration policière.

L'expérience de Mme K illustre le plus clairement ce désarroi quant à la prise en charge policière. Elle découvre lors d'une discussion avec son beau-frère que son mari se livre régulièrement à des épisodes de torture sur ses enfants, tandis qu'elle est au travail. Cette situation, pourtant déjà soupçonnée en raison d'appels de l'école à la mère concernant la crainte de ses enfants lorsque leur père les cherchait, les traces sur le corps de sa fille principalement, est mise à jour lors d'un conflit entre son mari et son frère, au cours duquel ce dernier lui lance « tu vas m'attacher au palan comme tu fais avec les enfants ? ». L'horreur se révèle pour la mère qui n'ose y croire, mais pour qui tout devient clair. Sa volonté de partir est alors immédiate, elle décide de prendre ses enfants et se réfugier chez une amie. Évidemment, le mari ne compte pas la laisser partir si facilement et entreprend une scène de chantage au suicide, à la fois à destination des enfants et de sa femme. Alertés par les cris, les voisins contactent la gendarmerie, qui réussira à permettre à Mme K de partir, non sans mal, tandis que le mari qui a tenté de s'immoler est censé être pris en charge dans un centre hospitalier. Pourtant le lendemain à la première heure, il sera devant chez cette amie, accompagné d'une autre brigade de gendarmes, réclamant de voir ses enfants, dénonçant un « enlèvement ». Les gendarmes dans le but de résoudre cette situation, mais n'ayant aucune information quant au précédent de la veille, contraignent les enfants à rejoindre leur père, et ce sous les cris, les pleurs voire les nausées de ces derniers. Mme K demeure encore aujourd'hui stupéfaite de cette situation où la police semble complice de M., et dont la violence est renforcée par cette violence institutionnelle. Aujourd'hui détentricrice d'un téléphone grand danger, Mme K est rassurée sur sa prise en charge, tandis que son ex-conjoint a échappé à une forte peine de prison grâce à ses enfants (ce qui suggère que son emprise sur eux semble encore plus forte que sur sa femme).

La question du maintien du lien est au cœur des interrogations de ces mères. La recherche VIC-PADEJ est effectivement centrée sur cette question, car dans le contexte des enfants sous main de justice, il s'agit de voir comment se joue ce maintien et dans quelle mesure il impacte la parentalité du côté de la mère victime, ex-conjointe, mais toujours liée à son bourreau par leur enfant. La sortie de la situation de violence, souvent difficile, accentuée par des contextes contraignants dans les cas par exemples de Mmes A1 et K1, toutes deux d'origine étrangère, et dont la belle-famille exerce sur elles un contrôle coercitif conjointement au mari. Un contrôle constaté dans bien des analyses (Hanmer 1977, Prigent & Sueur 2020) qui se retrouve ici de manière totale, en raison de l'absence de membres de la famille et proches de ces femmes, isolées socialement et géographiquement dans un pays dont elles ne sont pas originaires. La séparation ou le divorce sont demandés par la femme seule, et la belle-famille y répond souvent par la négative, quand bien même les situations sont extrêmes : dans le cas de Mme A1, un inceste commis sur sa fille, dans le cas de Mme K1 comme nous l'avons vu plus haut, la torture exercée sur ses enfants. Mme A1 dans son témoignage évoque un contrôle total sur sa vie, ses finances, ainsi que ses réseaux sociaux et sa sociabilité. L'inceste révélé comme motif de séparation sera invisibilisé par sa belle-famille afin de ne

pas jeter l'opprobre sur la famille toute entière. Mme K1, quant à elle, demande trois fois le divorce, qui lui sera plusieurs fois refusé, la belle-famille contrôlant les plaintes possibles faites à la police, et le conjoint entamant même une grève de la faim lorsque les mesures de séparation se mettent en place. Ces deux exemples extrêmes illustrent une emprise et un contrôle total sur les corps de la part du mari, soutenu par sa famille. Qu'il s'agisse des enfants ou des femmes, seul le mari à droit de cité, dispose d'une toute puissance paternelle.

Nous observons que la mise en place des mesures, déjà délicate en France pour des couples français, l'est d'autant plus dans un contexte interculturel, qui fait passer la loi du pays après la loi de la famille, une loi culturelle souvent calquée sur des modèles antérieurs paternalistes, que la France a également connus dans son histoire. Rappelons que le terme de « puissance paternelle » n'a été retiré du Code civil qu'il y a une cinquantaine d'années, par la loi du 4 juin 1970 qui a introduit à sa place celui « d'autorité parentale », censé exprimer l'égalité répartition de l'autorité entre les deux membres du couple. Cette loi faisait suite à une autre, également importante, instituant en 1965 le divorce par consentement mutuel.

Dans ce contexte, il est parfois difficile pour les mères de comprendre la volonté du Législateur de maintenir l'égalité des droits et devoirs des parents au-delà de la disparition du couple conjugal. En effet, la loi du 4 mars 2002 dispose qu'en cas de séparation des conjoints, le couple parental continue d'exister : la rupture du couple est donc sans incidence sur les règles d'exercice de l'autorité parentale. C'est à partir de ce principe qu'est posée la question de la médiation et du maintien du lien, même dans ces cas de violences conjugales et intrafamiliales. Pour certaines mères, comme nous l'avons vu avec Mme A2, il est incompréhensible de maintenir un lien avec une personne violente. Il en est de même pour cinq autres mères de cette enquête. Le plus souvent elles évoquent également la crainte des services sociaux, comme si les problématiques engendrées par le père allaient déteindre sur leur nouvelle vie de famille. Pour trois d'entre elles, la mesure est nécessaire et bénéfique, la question du maintien du lien est exprimée comme une volonté émanant de la mère, et dans leur cas l'accompagnement est perçu positivement. Mais pour la majorité d'entre elles, la mesure de maintien du lien est une forme de perduration dans une situation problématique : les démarches administratives déjà lourdes pour la séparation se doublent de celles liées aux mesures concernant les enfants. Ce sont elles qui font les déplacements pour permettre au père de voir leurs enfants et cela est vécu comme une contrainte physique et temporelle. Le maintien du lien au nom de l'enfant se mue en maintien du lien avec l'homme violent. Certaines rapportent de plus que leur ex-conjoint continue à les harceler en se montrant de manière ostentatoire là où elles résident, comme l'a par exemple exprimé Mme S1. Dans ce contexte, ces femmes ne comprennent pas pourquoi elles doivent suivre des formalités strictes concernant la mesure qui leur est imposée, tandis que les réponses pénales apportées aux actions de leur ex-conjoint leur semblent plutôt légères. Mme A2 témoigne des propos tenus par son ex-conjoint comparant sa peine de prison à un club de vacances : « j'ai fait une semaine de prison, Club Med tranquille, c'est tout, et c'est pour ça moi j'ai dit ces structures j'ai dit moi ça sert à rien ». Mme A1 déplore de son côté : « et la décision c'était un an, un an de prison, six mois.. sursis on dit sursis.. mais sauf que.. ça va pas passer en prison, mais à la maison, genre avec un bracelet ».

RÔLE DE MÈRE ET ACCOMPAGNEMENT

Pour ces femmes au parcours sinueux et à la prise en charge délicate, l'accompagnement semble finalement absent. L'occasion de revenir sur leur parcours leur est donnée à travers cette enquête. Il est à noter qu'une petite partie seulement des personnes sollicitées a bien voulu participer, avec une perte importante de l'échantillon entre la première série d'entretiens au début de la recherche, et les entretiens de suivi une année après. En regard de ce qu'elles ont subi, leur ex-conjoint ainsi que leur.s enfant.s bénéficient d'un accompagnement psychologique et social, mais pour ce qui les concerne, qu'en est-il ? De plus, au vu du peu de reconnaissance à la fois par les victimes et par les institutions, de la légitimité de leurs plaintes et des violences subies, comment faire prendre conscience à ces femmes du schéma duquel elles viennent de sortir ? La recherche VIC-PADEJ entendait interroger le rôle de mère et ses déclinaisons au travers d'une médiation ou d'une assistance éducative, ainsi que le rapport aux professionnels des différentes institutions auxquelles elles ont affaire. Nous l'avons vu plus haut, ce rapport aux institutions est encore délicat, à la fois par son aspect intrusif et la honte que cela peut susciter, mais aussi parce que la loi ne leur semble pas répondre efficacement aux plaintes lorsqu'elles réussissent à être exprimées.

Le concept de continuum de violence permet de comprendre que les faits de violences subies par les femmes au cours de leur vie sont similaires, au-delà de la diversité de leurs formes et de l'apparente gradation en gravité de ces faits (insultes, menaces, coups, viol...), et au-delà aussi des distinctions qu'opèrent les femmes elles-mêmes quand elles considèrent ces violences comme légitimes ou non. En tenant compte de l'ambiguïté de la définition de ce qui est violence pour les un.e.s et les autres, et de la possible confusion entre ce qui relève de la *violence situationnelle* (un conflit dégénérant en violences mutuelles) et le terrorisme intime permanent, véritable arme d'oppression et de contrôle de l'autre, comment apporter une solution permettant une sortie de l'emprise et du système de violence chez ces femmes ?

En effet, au-delà du constat de similarités de parcours, ces femmes ne sont en rien semblables et leurs parcours respectifs ne leur permettent pas de nommer comme violence et de légitimer concrètement leur position de victime dans ce qui leur est arrivé. Tant que cette violence n'a pas touché un corps tiers, comme nous avons pu le voir plus haut (l'enfant ou son corps à travers la femme enceinte), elles ne se reconnaissent pas comme victimes de violences. C'est lorsque ce tiers est atteint, qu'elles expriment alors toutes la volonté d'être reconnues comme victimes par les institutions. Les différents niveaux exprimés de violences se cumulent et se confondent parfois dans les demandes de reconnaissance des victimes, avec l'aveu d'une honte incorporée les ayant empêché de faire valoir certaines violences jusque-là. Mais leurs différents interlocuteurs se réfèrent chacun à une réalité différente de ce qui fait violence, et la loi ne sanctionne durement que le meurtre ou le viol. Toute autre forme de violence sexiste tombe de ce fait dans l'invisibilisation selon que l'autre la reconnaît ou pas. Ces femmes sont finalement vouées, à travers les dispositifs et leurs parcours judiciaires, à la fois à réinterpréter certaines normalisations de violences, voire les invisibiliser, tout en se prémunissant de reproduire le schéma du couple violent, alors qu'elles présentent toutes les caractéristiques pouvant mener à celui-ci. Ainsi, chez ces femmes, le manque de confiance en soi est constant, accentué par l'expérience de cette dernière relation, dans laquelle l'autre leur a fait porter la honte de ce qu'elles ont subi et qui a été permis par la belle-famille et parfois jusque par la police, pourtant dernier lieu de reconnaissance trouvé après de nombreux échecs de tentatives de rationaliser. À la honte de ce qui a été subi, s'y ajoute la honte de ce qu'on a laissé subir, en l'occurrence aux enfants, témoins, victimes, et certes déclencheurs du sursaut de la mère pour sa survie et la leur, mais aussi miroirs de leur propre vulnérabilité et immobilisme.

LIMITES DU CONCEPT DE CONTINUUM

Que fait-on de ces constats ? Comment inspirer un changement sociétal dans les rapports de genre dans une recherche reprenant tant d'autres points déjà identifiés, inscrivant toujours plus le genre féminin comme grand perdant de l'histoire de la binarité des genres ? S'il est vrai et constaté qu'une dévalorisation du féminin est ancrée dans notre société et différentes cultures, il serait réducteur de ne le penser que comme visant un public féminin cisgenre. Tout d'abord comme énoncé dans l'introduction, les femmes transgenres subissent également des meurtres de haine, tout en ne bénéficiant pas forcément du « label » féminicide. De plus, les agressions homophobes, elles aussi en hausse, contiennent en leur sein une haine du féminin dont les violences se déclinent sur le même mode, à savoir agressions physiques, viols et meurtres.

Dans ce contexte, dans la voie d'une reconnaissance plus large de ce qui est violence, peut-être serait-il judicieux de sortir d'un concept inscrit dans le tout féminin, afin de le rendre plus pertinent, en tant que ses auteurs demeurent souvent les mêmes (hommes cisgenres hétérosexuels, blancs). Le concept de continuum apporte des moyens de lecture et de compréhension d'un phénomène systémique large, la haine du féminin (ou effeminophobie), en reliant toutes ces violences au travers d'une seule et même signification. Les femmes elles-mêmes portent parfois en elles cette haine, ce que l'on retrouve par exemple dans le témoignage de Mme A1 qui « permet » malgré elle le viol de sa fille : elle interprète ce qui s'est passé en énonçant qu'elle-même n'est pas assez désirable, mais mettant ainsi de côté l'horreur de l'inceste elle prend sur elle la responsabilité de ce qui est arrivé à sa fille par le dénigrement de son propre corps. Plusieurs d'entre elles ne se voient pas comme victimes, conduisant à l'invisibilisation toujours plus grande de leur reconnaissance. Mme S1 par exemple, avait une vision antérieure de femmes battues qui selon elle « se laissent faire », elle est aujourd'hui désabusée de constater qu'elle en fait partie.

Ces femmes ont une vision tronquée de ce qui est normal ou pas dans les relations conjugales, leurs passés respectifs les inscrivent comme « victimes » parfaites de la poursuite de ces schémas, et la reproduction de ceux-ci devant un enfant mène souvent à sa perpétuation à la génération suivante. L'outil du continuum permet de comprendre et repérer les éléments de ces schémas, mais il ne semble pas forcément rendre compte du vécu des victimes elles-mêmes, en proie à une honte et une fierté se renvoyant la balle dans cette quête de reconnaissance de ce qu'elles ont subi. La loi leur dérobe cette reconnaissance en infligeant à leurs ex-conjoints des courtes peines, en imposant un maintien du lien par le biais d'un tiers, en leur faisant subir des contraintes administratives et temporelles au profit d'une relation perpétuée avec l'ex-conjoint violent qu'elles ne veulent parfois plus jamais voir. L'occasion qui leur a été donnée lors de cette recherche de s'exprimer sur leur histoire, pour certaines, a été la seule. Certaines semblent d'ailleurs nouer des liens de proximité avec l'enquêtrice qui les interroge. Le choix de n'avoir pris une équipe que féminine agit dans ce sens également.

En revanche, nous pouvons poser la question de la gestion de la masculinité dans ce contexte. Il n'est pas innocent d'exclure les hommes du traitement de la question des violences conjugales, qu'il s'agisse des enquêteurs ou du public enquêté, y compris du public des victimes : ne pas écouter les hommes, cela ne permet pas de traduire une réalité substantielle de ce qui fait rapports violents entre les genres. Nous pouvons d'ailleurs plus largement interroger ce principe d'exclusion du masculin, jusque dans les équipes de recherches ou d'experts ayant affaire aux violences conjugales. Dans quelle mesure cette sélection n'est-elle pas enclavante pour les femmes, aussi bien qu'invisibilisante pour les hommes, conduisant à une représentation biaisée du groupe global des victimes et de leur reconnaissance ?

Soulignons de plus le cadre de pensée initialement « genré » du concept. Or, les violences dans les couples de même sexe semblent prendre une part de plus en plus importante des préoccupations actuelles, les violences recensées y étant tout aussi fortes, et malheureusement plus invisibilisées. Par ailleurs, comment envisager de prendre en considération les hommes victimes de violences faites par des femmes, tant la société et les recherches tendent à les considérer comme un mythe ? Or, le concept même de continuum de violences sexuelles, en établissant une équivalence entre tous les niveaux de violence, de la simple insulte à la violence physique, risque de se retourner contre ce qu'il cherche à démontrer. En effet, il est indéniable que les violences physiques dans les couples hétérosexuels sont majoritairement le fait d'hommes à l'encontre de femmes. Mais les femmes sont également capables d'insultes, de propos rabaissants, voire de formes d'emprise sur l'autre. Or, si l'on place ces formes sur le même plan dans un continuum, on doit admettre une violence faite par les femmes, éventuellement plus invisibilisée, par exemple dans les couples lesbiens. Ne considérer les hommes comme les femmes sous un prisme agresseur/victime strict est réducteur voire dangereux dans la prise en compte de violences émanant des femmes par exemple, ou encore des situations où les hommes sont victimes. Les effets pervers de ces considérations au cadre hétérosexuel cisgenre a engendré l'invisibilisation des violences dans les couples de même sexe dans les grandes enquêtes autour des violences conjugales pendant de nombreuses années (Merill, Wolfe, 2000 ; Freeman.J et al., 2010). La prise en compte récente de ce public particulier vit encore un certain écueil mis en avant par exemple dans la partie consacrée aux LGBT dans l'enquête Virage à partir de 2015 (Lejbowicz, Trachman, 2018).

CONCLUSION

L'orientation féministe de nombre des recherches sur les violences conjugales pourrait bien jouer contre elle-même, non pas en offrant une légitimité et une reconnaissance autour des questions de violences faites aux femmes, mais en les enfermant en tant que catégorie opprimée dans une agentivité de laquelle elles n'ont aucun moyen de sortir, voire pire, qu'elles entretiennent en excluant d'autres catégories de victimes, toujours plus morcelées et invisibilisées, et en ne dénonçant qu'une catégorie de bourreaux, toujours plus solidaires de leur côté, les hommes qui se diraient alors « victimes » du féminisme. Réserver l'exclusivité de la victimation aux femmes cisgenres hétérosexuelles ne reviendrait-il pas finalement à maintenir un système de rapports de genre plutôt qu'à le modifier par sa prise de conscience ? Dans quelle mesure les questions de violences conjugales répètent-elles une violence systémique en enfermant une totalité d'individus dans un prisme victime/bourreau duquel ils ne pourraient échapper ?

Références :

- Bonnet F. (2015), Violences conjugales, genre et criminalisation : synthèse des débats américains, *Revue française de sociologie*, 56/2, p. 357-383.
- Brown E. et Mazu M. (2021), *Violences conjugales subies par les femmes, Persistance du continuum des violences et de l'asymétrie de genre*, Les terrains de la comparaison, 2021/14.
- Hanmer J. (1977), Violence et contrôle social des femmes, *Questions Féministes*, No. 1, p. 68-88.
- Jaspard M. (2011), *Les violences contre les femmes*, La Découverte, Repères, Paris.
- Jaspard M. & al. (2001), Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France, INED, *Populations et société*, n°364.
- Johnson M.P. (2008), *Intimate Terrorism, Violent Resistance and Situational Couple Violence*, Hanover, Northeastern University Press.
- Kelly L. (2019 [1987]), Le continuum de la violence sexuelle, *Cahiers du Genre*, 66/1, p. 17-36. DOI : 10.3917/cdge.066.0017. URL : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2019-1-page-17.htm>
- Lejbowicz T., Trachman M. (2018), Des LGBT, des non-binaires et des cases, Catégorisation statistique et critique des assignations de genre et de sexualité dans une enquête sur les violences, *Revue Française de sociologie*, 59/4, p. 677-705.
- Merill G., Wolfe V. (2008), *Battered Gay Men, An Exploration of Abuse, Help Seeking, and Why They Stay*, p. 1-30, https://doi.org/10.1300/J082v39n02_01
- Prigent P.G., Sueur G. (2020), À qui profite la théorie de l'aliénation parentale ?, *Délibérée*, n°9, p 57-62.
- Vanier C., Langlade A. (2018), Comprendre le dépôt de plainte des victimes de viol: analyse à partir de facteurs individuels et circonstanciels, *Déviance et Société*, 42/3, p. 501-533.



Faire famille autour d'un enfant disparu

Dominique MERG-ESSADI

Sage-femme et psychologue certifiée EMDR
Chargée de recherche PSInstitut Strasbourg
Chercheuse associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)
Présidente de l'association « Nos Tout-Petits d'Alsace »

dominique.essadi@gmail.com

Résumé

Les enfants morts précocement, et surtout morts-nés ou décédés avant le terme de la grossesse, interrogent la définition du système familial. Ces petits êtres non advenus au groupe des vivants posent le problème d'une divergence de vécu entre les mères qui les ont portés, les ont sentis en elles, et les autres membres de la famille, qui ne sauraient les investir semblablement puisque, à la différence d'autres proches défunts, ils n'ont pas eu l'opportunité de les voir, ni le temps de les connaître. Les enfants disparus trop tôt font-ils partie de la famille ? L'article propose d'explorer cette question à partir de trois points : Des parents sans enfant font-ils famille ? Comment les frères et sœurs vivent-ils la perte de l'enfant disparu ? Quelles sont les pratiques d'accompagnement lors d'un deuil périnatal ?

Abstract

Children who die early, and especially stillborn or who die before the end of the pregnancy, call into question the definition of the family system. These little beings who have not joined the group of the living pose the problem of a divergence of experience between the mothers who carried them, felt them in themselves, and the other members of the family, who cannot invest them in the same way since, at the same time, unlike other deceased relatives, they did not have the opportunity to see them, nor the time to know them. Are children who disappear too soon part of the family? The article proposes to explore this question from three points: Do parents without children form a family? How do brothers and sisters cope with the loss of a missing child? What are the support practices during perinatal bereavement?

Mots-clés

Deuil périnatal – Système familial – Accompagnement du deuil

Keywords

Perinatal Bereavement – Family System – Bereavement Support

INTRODUCTION¹

Approcher la famille comme un système, c'est considérer un groupe d'humains comme un ensemble défini (de façon plus ou moins extensive) par les liens de parenté (alliance ou filiation) entre ses membres. Cet ensemble présente des propriétés qui ne sont pas réductibles à la somme des caractéristiques et actions des individus : le système familial a sa propre logique, il vise à se perpétuer au-delà des trajectoires individuelles de ses membres, et il exerce pour cela des contraintes sur ces derniers. Cette représentation holiste de la famille comme un tout qui est plus que la somme de ses parties fonde notamment les approches thérapeutiques systémiques qui impliquent l'ensemble du groupe familial, par différence d'avec les thérapies qui s'adressent à des sujets considérés individuellement.

1. Mes remerciements vont à [Véronique Resch](#) pour son accompagnement à la rédaction de cet article.

La prise en compte des relations interpersonnelles, ici et maintenant, au sein du groupe familial, l'expression de ces relations par le moyen d'outils tels que le dessin de la famille ou le génogramme, reposent cependant sur une représentation spontanée du système familial, au moins en première approche, qui est celle du groupe de personnes vivant actuellement sous le même toit : idéalement, les deux parents et leur(s) enfant(s). Certes, depuis deux générations, les parents divorcés et séparés se sont multipliés, les familles recomposées complexifient les liens de parenté, et l'on doit tenir compte des jeux relationnels que permettent l'absence ou la présence intermittente d'un des parents, l'existence de deux foyers ; et l'on sait donc qu'il faut étendre le modèle familial, en intégrant d'ailleurs d'éventuels grands-parents ou oncles, tantes, cousins dont les influences sont souvent importantes. Mais toutes ces personnes sont bien tangibles, présentes objectivement les unes aux autres avant que de l'être dans leurs vies subjectives individuelles.

La prise en compte des personnes disparues, les défunts, pose une question intéressante pour l'approche systémique. Leur importance ressort assez vite dans la pratique psychologique et psychothérapeutique, aussi bien dans les entretiens avec les membres actuels de la famille que dans les représentations visuelles (dessin, arbre généalogique) : les morts ont des effets sur les vivants. Mais doit-on les considérer comme des souvenirs communs, plus ou moins partagés par les membres de la famille, ou bien comme des membres à part entière du système familial ? Pour reprendre une terminologie empruntée à l'anthropologie contemporaine, faut-il voir le système familial comme un ensemble associant des humains, mais aussi des non-humains (êtres invisibles, ancêtres, « chers disparus », fantômes, etc.) ? Ce n'est d'ailleurs pas tant le fait que ces derniers soient morts qui est important (le sont-ils d'ailleurs subjectivement pour les vivants ?), que le fait qu'ils sont disparus, définitivement absents et pourtant exerçant sur le collectif un effet de présence.

Le cas plus précis des enfants morts précocement, et surtout morts-nés ou décédés avant le terme de la grossesse est à cet égard très révélateur. Ces petits êtres non advenus au groupe des vivants posent le problème d'une divergence de vécu entre les mères qui les ont portés, les ont sentis en elles, et le reste de la famille, y compris parfois les pères, qui ne sauraient les investir semblablement puisque, à la différence d'autres proches défunts, ils n'ont pas eu l'opportunité de les voir, ni le temps de les connaître. Les enfants disparus trop tôt font-ils partie de la famille ? On pourrait poser cette question autrement, à partir de la figure limite d'un couple qui perd précocement son premier enfant, et donc n'en a pas d'autre : ce couple « sans enfant » est-il néanmoins une famille ?

Les éléments de cet article sont issus de la synthèse des interventions dans le cadre d'un colloque international sur « Les thérapies familiales »², au cours duquel nous avons co-animé un atelier sur « La famille autour de la naissance ». Nous avons étudié la spécificité du deuil périnatal et l'évolution des pratiques dans ce domaine, en écho également à nos travaux (Merg-Essadi 2010, Bacqué & Merg-Essadi 2013, Bacqué & al. 2018). La période périnatale, au sens médical, concerne tout moment durant la grossesse jusqu'à 7 jours après la naissance. Cette période présente de véritables spécificités en matière de vécu et de représentations.

Ces femmes et ces hommes dont l'enfant est mort dans la période périnatale s'interrogent sur leur statut. Ils se construisent en tant que futurs parents, et pour autant se retrouvent sans enfant au foyer. Est-ce que le fait d'avoir porté, mis au monde, nommé un enfant fait de ces femmes, ces hommes des parents ? Qu'en est-il des enfants de la famille nés avant ? Comment se situe par la suite l'éventuel enfant puîné, petit frère ou petite sœur d'un aîné qui restera à jamais un bébé mort ? L'enfant mort fait-il famille ?

De nos places, à la fois de psychologue et de responsable d'une association de soutien au deuil périnatal, nous proposons d'explorer ce questionnement en trois parties :

- Le parent existe-t-il sans enfant ?
- La fratrie lors de la perte d'un enfant « en devenir »
- Les pratiques d'accompagnement lors d'un deuil périnatal

2. Strasbourg, 2 & 3 septembre 2022. Colloque organisé conjointement par l'association RESCIF et le laboratoire SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg).

Le travail de psychologue auprès de parents ayant perdu un enfant permet de situer l'importance de la place de chacun dans la famille. La blessure narcissique de la perte se complique dans le deuil périnatal par la non-reconnaissance de l'enfant mort. Or, « *Les étapes de la mort et du deuil, annihilées dans les cas de morts très précoces, auraient dû être respectées pour ne pas se solder par cette errance dont l'histoire des sociétés nous rapporte combien elle est néfaste aux morts immatures comme aux survivants* » (Le Grand-Séville 2004).

Les recherches historiques sur les rites funéraires destinés aux enfants de l'Antiquité à nos jours ont montré qu'au Moyen-Âge, les parents acceptaient la mort de leur enfant dans la mesure où ils pouvaient obtenir des « indulgences » pour gagner le ciel. Au vingtième siècle, l'expression du deuil parental est remise au goût du jour, en Occident, avec la perte de religiosité et la mise en avant de la psychologie personnelle (Bacqué & al. 2018).

Dans les années 1980, la pratique dans les hôpitaux était plutôt à escamoter ce qui pouvait générer de la peur ou de la tristesse. La conception paternaliste de la médecine visait à « épargner » le malade. De fait, les médecins ne faisaient pas la « visite » quotidienne ; la femme était auscultée en aparté, en silence, et si son état de santé le permettait, rentrait à son domicile au plus vite. L'idée sous-jacente était « qu'elle s'éloigne de ce lieu, afin d'oublier au plus vite ». On sommait les femmes de « faire leur deuil » tout en niant l'objet du deuil.

Ce n'est que dans les années 1990 que nous avons pu constater une évolution dans la prise en charge de ces femmes et reconnaître qu'il y avait un enfant ; l'inscription mémorielle dans les actes d'état-civil devient alors possible, et depuis le 6 décembre 2021 le patronyme d'un enfant mort-né est inscrit dans le livret de famille.

Pierre Rousseau a été initiateur dans l'étude sur les séquelles psychiques liées à la perte de l'enfant. Ses observations cliniques ont montré une remise en acte des traumatismes vécus par la mère, voire la grand-mère : « *Les complications transgénérationnelles du deuil périnatal pourraient être en partie évitées par un accompagnement bien pensé au moment de la perte, lors des grossesses suivantes et à l'occasion des rencontres des professionnels de la santé avec des parents endeuillés. La connaissance de ces complications et surtout une écoute attentive permettent d'en déceler les symptômes* » (Rousseau 2001).

Les travaux ultérieurs, dont ceux d'Antoine Guedeney (2004) et de Monique Bydlowski (2008), sur les traumatismes transgénérationnels ont conforté ces hypothèses, en particulier dans les situations de deuil périnatal.

Nous nous attacherons particulièrement à considérer la place des parents, puis de la fratrie dans le contexte d'un deuil périnatal, puis, nous aborderons la question de l'accompagnement.

LE PARENT EXISTE-T-IL SANS L'ENFANT ?

Selon D. Winnicott (1997), il n'existe pas d'enfant sans sa mère. Mais est-ce qu'un enfant mort permet à la femme et à l'homme de prendre une place de parent ? Après avoir pendant plusieurs années montré l'impact de la mère sur le bébé, les travaux dans ce domaine ont fini par faire apparaître qu'en retour le bébé « fait » sa mère et l'adopte. En 1983, Serge Lebovici développe en précurseur le concept d'un « *mandat transgénérationnel* » (Lebovici & Stoleru 2003). Inspiré de champs épistémologiques différents, ses théories pourraient relever de la psychologie intégrative avant l'heure ; son analyse se rapporte à une vision systémique des relations transgénérationnelles. Le bébé qui investit la mère la proclame mère, proclamation indispensable pour la renarcissiser et lui permettre les anticipations qui donnent sens aux compétences du bébé (Dugnat 2004).

Si le bébé semble faire la famille à sa naissance, c'est essentiellement grâce à la crise psychique prénatale que s'organise fondamentalement la famille, bien avant l'arrivée du bébé (Mellier 2015). Ainsi, devenir parent correspond à une phase de maturation psychoaffective et à des remaniements psychiques et affectifs considérables.

Pour Isabelle Villecourt-Couchat (2018), ces remaniements se construisent dès avant la conception, or le concept de maternalité développé en 1978 par Claude Racamier, confirme l'idée que la périnatalité est une période de grande vulnérabilité. Michel Soulé (1997) cite Claude Racamier, qui développait le terme de « *maternalité* », intégrant les ressources et les aménagements psychique du parent.

Elisabeth Darchis (2016) mentionne la définition spécifique de la parentalité selon André Ruffiot : « *La parentalité me paraît correspondre, à son niveau le plus profond, à un branchement, à une mise en communication pure-*

ment psychique des appareils psychiques paternel et maternel entre eux d'une part et avec celui de leur enfant d'autre part. L'appareil psychique familial trouverait ici sa forme la plus primaire, celle d'une « psyché pure » avant tout ancrage corporel ».

Plus largement, selon Didier Houzel (1999), c'est l'expérience du lien avec le bébé qui « *fait le parent* », et procure à celui-ci le sentiment, subjectif et profond, « *d'être parent* ». Ce lien reste au-delà de la mort.

Peut-on alors considérer que cet enfant en devenir fait famille ? Selon Sylvain Missonnier (2004), « *à l'origine, il y a le virtuel* », c'est-à-dire que l'enfant, dès avant sa conception, existe « *en puissance* » pour ses futurs parents. Le processus de parentalité se nourrit de l'attraction entre cette virtualité et son actualisation dans l'enfant postnatal, à tous les âges de la vie, bien avant la concrétisation du projet d'enfant. C'est dans cet état d'esprit que l'auteur introduit la notion de « *relation d'objet virtuel (ROV) (...) qui s'inscrit fantasmatiquement dans le processus de parentalité de la femme et de l'homme, elle représente la matrice de la relation d'objet* ».

Dans ce sens, la « *rêverie maternelle* » de l'enfant imaginé est à la fois propice au travail psychique et représente un sanctuaire de l'anticipation de l'enfant virtuel (Bion et Robert, 2007).

Selon D. Perard-Cupa (1992), « *le bébé imaginé par la mère pendant la grossesse n'est pas un simple rappel de ce qui a été là et perdu, il constitue une représentation anticipatrice. La mère prend le risque de créer, de pré-investir le bébé imaginé* ».

Ainsi, la naissance d'un enfant modifie la place de chaque membre de la famille, oblige les avancées dans l'ordre générationnel et questionne les identités de chacun (Cramer 1993). L'hospitalisation des parturientes a coupé les familles de la ritualisation ancestrale de la naissance. Cette ritualisation a été poussée hors des murs de l'institution, elle a aussi progressivement disparu en raison du déclin des pratiques et croyances religieuses en France. Ainsi, lorsque le passage de la naissance se solde par la mort, l'absence d'accompagnement se traduit par une double souffrance des parents, sur le plan affectif et sur le plan social (Romano-Chardin 2015).

De ce fait, le deuil périnatal peut être particulièrement complexe en raison de la relation unique que les parents développent avec leur bébé à naître. La perte d'un enfant constitue donc une épreuve fondamentale et douloureuse pour les parents.

Une telle expérience de vie reste souvent un deuil peu ou non reconnu par l'entourage, qui aura tendance à minimiser la perte en la relativisant en fonction de l'âge gestationnel ou de l'âge de l'enfant. Pourtant, les bouleversements de la dynamique familiale lors de la perte d'un tout petit, sont profonds et durables.

« Le processus psychique de deuil fait référence à la série d'ajustements émotionnels, cognitifs et comportementaux, auxquels une personne fait face à la suite de la perte d'un être cher. Tout au long de ce chemin du deuil, le chagrin et la douleur associés à la perte peuvent être réactivés de manière intense et imprévisible. Dès le temps de la grossesse, l'enfant attendu est pensé comme un enfant à part entière. Lorsque sa vie s'arrête, son statut diffère selon la subjectivité de la femme qui le porte, de l'homme, de la sœur ou du frère. C'est un lien en construction qui n'a plus d'objet.

De ce fait, la perte d'un bébé pendant la période périnatale met à l'épreuve chaque parent, leur relation et leur dynamique émotionnelle. Chacun peut réagir différemment face à cette perte, ce qui peut entraîner des défis supplémentaires dans le processus de deuil. De plus, en cours de grossesse, la transformation identitaire des futurs parents est déjà enclenchée, généralement à un rythme différent chez la femme et chez l'homme ; ceci en lien notamment avec l'expérience de transformation corporelle, vécue essentiellement du côté féminin.

Sur le plan théorique, la conception du deuil dans nos sociétés occidentales est irriguée par la conception freudienne basée sur l'expression de la peine et le travail d'élaboration autour de la perte. Il s'agit de se détacher du défunt en se confrontant et en exprimant les émotions liées à celui-ci et à sa perte. M. Stroebe et M. Schut (1999) ont proposé un cadre de référence plus nuancé, intitulé « *modèle d'ajustement en double processus* ». Leurs constats cliniques les amènent à considérer que les personnes en deuil vont développer leurs réactions sur deux axes : sur le premier axe, certains vont être orientés vers la perte, c'est à dire, chercher à conserver le lien avec le défunt (conserver les traces de son existence, ne pas changer de statut...), tandis que d'autres vont s'orienter vers la restauration, l'ajustement à ce nouveau statut d'endeuillé. Ces deux orientations peuvent être observées dans la clinique : classiquement l'homme sera plutôt orienté vers la restauration, et vers les projets, tandis que la femme

cherchera à conserver le lien par différentes voies (le recueil de souvenirs, les traces, la douleur, les projets associés à cet enfant-là...)³.

Certes, chaque sujet traversera le parcours de deuil de manière singulière, en fonction non seulement de l'investissement de la relation à l'enfant mort, mais aussi de sa propre histoire, voire d'expériences antérieures inconscientes.

LA FRATRIE LORS DE LA PERTE D'UN ENFANT « EN DEVENIR »

Si l'homme et la femme ne ressentent pas la perte de l'enfant en période périnatale de la même manière, aux mêmes moments, que peut-on dire de la fratrie ?

Actuellement en occident les enfants côtoient peu la mort. La mortalité infantile est faible, et les grands parents vivent plus longtemps qu'avant. De plus, la mort présente dans les films, dans les jeux vidéo, est irréaliste. Elle est réversible. La souffrance des frères et sœurs n'est pas à négliger. Ces derniers peuvent ressentir un profond chagrin, et leurs réactions, en plus d'être là aussi singulières au cas par cas, sont à différencier selon leur âge.

Les enfants déjà présents dans la famille lors d'un deuil périnatal vont réagir en fonction de leur âge, de leur perception de la grossesse et, de manière prépondérante, être sensibles aux réactions manifestées (ou contrôlées/cachées) de leurs parents. Les frères et sœurs peuvent éprouver des sentiments de culpabilité, pensant qu'ils ont peut-être causé la perte de leur frère ou de leur sœur. Ils sont en mesure de ressentir de la jalousie envers d'autres enfants, qui ont des frères et sœurs vivants. Leurs réactions peuvent s'apparenter à de la confusion et à de la douleur face à cette perte, et surtout aux réactions de détresse (explicites ou implicites) de leurs parents.

Éclairer les parents sur ces réactions et les orienter, si nécessaire, peut être aidant pour qu'ils puissent eux-mêmes mieux accompagner leurs propres enfants dans leurs réactions. Selon l'âge de l'enfant, ses représentations de la mort seront différentes.

L'enfant de moins de 3 ans vit la mort du proche comme une absence physique prolongée. Il traverse alors les phases décrites par J. Bowlby (2015) dans son étude sur l'angoisse de séparation : protestation, suivi de désespoir puis détachement. Il aura besoin d'une présence physique substitutive pour compenser l'absence du bébé décédé et apaiser sa détresse. Il peut ressentir la perte comme un abandon.

Entre 3 et 6 ans, l'enfant est dans la rivalité œdipienne, il prend le bébé suivant comme un rival, ce qui se manifestera par des attitudes de régression. De plus, son rapport avec la mort pour « semblant » comme un jeu est déroutant pour les parents. C'est aussi l'âge de la « toute-puissance » et de la « pensée magique ». Donc, il peut croire que ses pensées hostiles ont entraîné la mort du bébé et s'en sentir responsable si les parents expriment de la tristesse.

L'enfant de 6 à 8 ans a des questions plus pragmatiques : Que devient le corps ? Qu'est-ce qui fait qu'on meurt ? Est-ce que ça peut se transmettre ? Pourquoi on ne peut pas empêcher la mort ? Cependant, la notion de mort irréversible commence à être acquise. Il se sent différent des autres enfants et a peur de ne plus être normal. Il peut aussi éprouver de la honte. Il peut endosser le rôle de consolateur et se sentir la mission de « prendre en charge » un ou plusieurs autres membres de la famille.

L'enfant de 8 à 12 ans accède au symbolique et peut avoir des angoisses métaphysiques. Il se pose des questions sur la mort, sur celle de ses parents, sur la sienne, il prend conscience des implications du décès dans sa vie à lui, pour son avenir. Il a besoin de comprendre les causes véritables de la maladie sous un angle médical et scientifique. De plus, la mort en pénétrant le monde de l'enfance, se rapproche dangereusement de lui : son sentiment d'invincibilité et sa toute-puissance sont entamés et sa peur de mourir lui aussi est exacerbée.

L'adolescent traverse une période de pertes et réactive les deuils anciens (séparations, renoncements, déceptions...). Il vit un processus d'autonomisation et parallèlement éprouve un lien avec le bébé. Il peut réagir soit en

3. Présentation par Bruno Fohn de l'animation du Groupe d'Aide au Deuil Périnatal à Liège

faisant mine de ne pas être concerné, ne rien ressentir, soit à l'inverse il privilégie le processus de deuil et développe une attitude protectrice vis-à-vis des proches.

Quel que soit l'âge, les liens entre frères et sœurs sont, par essence, ambivalents et complexes. Il existe une rivalité qui participe à la structuration de l'enfant sur le plan psychique. Lors du décès dans une fratrie, la culpabilité est souvent massive ; l'enfant s'en veut d'être le survivant, d'autant plus lorsqu'il y a eu des jumeaux. D'une autre manière, l'enfant disparu restant souvent idéalisé, le survivant peut se sentir déprécié, incapable de donner satisfaction et peut développer une baisse de l'estime de soi.

Pour autant il ne s'agit pas de dramatiser le deuil chez l'enfant : le deuil fait partie de la vie, et si l'enfant est affectivement entouré et sécurisé, il traversera cette souffrance. Le deuil n'est ni un problème à régler, ni une maladie à soigner, mais une souffrance à accompagner. À tout âge, il est important de prononcer le prénom du bébé décédé.

La perte d'un enfant est un deuil marqué par une double peine pour la fratrie : à la perte du frère ou de la sœur, s'ajoute momentanément celle des parents. La fratrie doit faire temporairement le deuil de parents indisponibles psychologiquement, de parents qui ne sont plus dans une préoccupation maternelle primaire (Winnicott 1997). La fratrie est souvent face à des parents qui se demandent pourquoi et comment survivre à leur enfant.

LES PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT LORS D'UN DEUIL PÉRINATAL

La question de la place de l'enfant mort précocement permet, comme on le voit, de revenir sur la définition du système familial. Il faut d'abord rappeler qu'un système n'existe pas dans la réalité : c'est un modèle, une représentation de la réalité. Et l'on voit, à travers la disparité des vécus autour de l'enfant mort (disparu pour les uns, jamais advenu pour les autres), que la famille n'est pas une entité objective, mais qu'elle est d'abord dans la tête de ses membres en tant que représentation partagée (ou pas, ou partiellement). Autrement dit, chacun porte en lui son propre système familial, et « le » système familial, s'il existe, est la représentation que s'en fait l'observateur extérieur, le psychologue par exemple⁴.

La modélisation du système familial va donc bien dans le sens d'une approche de la famille comme ensemble associant des humains vivants mais aussi des êtres invisibles. Mais la cohésion du groupe dépend de ce que tous s'accordent sur l'existence acceptée de ces entités. La difficulté pour les parents, les mères en particulier, de trouver cet accord auprès de leurs proches dans le cas d'un enfant disparu avant terme ou autour de la naissance justifie un accompagnement autour d'un deuil très particulier : il faut pouvoir faire exister un objet avant d'accepter de le perdre.

Comme nous l'avons vu, les femmes et les hommes dont l'enfant décède dans la période périnatale vivent des bouleversements psychiques différents (Dumoulin 2004). L'intensité, la durée et la répétition des différentes phases du travail psychique d'acceptation sont propres à chaque personne. Leurs possibilités de mobiliser leurs ressources pour faire face à leur perte sont anéanties. La plupart d'entre eux auront besoin d'un espace hors de leurs familles pour exprimer leurs émotions. Les professionnels de la santé et les associations de soutien à la parentalité jouent un rôle important pour apporter un accompagnement spécialisé.

Certains adultes pensent encore qu'il est préférable de préserver la fratrie en évitant d'utiliser le mot « mort », en écartant les enfants de l'accès aux funérailles, voire en ne disant rien. Les générations précédentes occultaient la réalité dans l'intention d'éviter la souffrance, mais les non-dits génèrent des difficultés psychiques complexes.

Vivre un deuil est avant tout une expérience existentielle personnelle. Elle peut se prolonger et devenir une problématique psychologique plus marquée, un deuil compliqué, voire pathologique. Dans ces situations qui se compliquent, il est essentiel d'offrir un soutien psychologique approprié aux parents et à la fratrie.

4. Sur les questions épistémologiques et de méthode qu'impliquent cette approche du système familial et la position paradoxale de l'observateur « extérieur », on peut se reporter au n°1 des *Cahiers de systémique* (Braccini & Petitjean 2022), en particulier notre contribution (Merg-Essadi & Bacqué 2022).

En prenant en compte ces spécificités, il est possible de mieux appréhender les besoins et les défis auxquels les parents endeuillés sont confrontés et de mettre en place un accompagnement adapté pour les aider dans leur processus de deuil et de reconstruction. Les associations de soutien peuvent offrir l'écoute, la contenance et un suivi approprié. Un tel accompagnement favorise la résilience et la reconstruction des parents en leur offrant un espace sécurisé pour vivre leur deuil et en les aidant à trouver des mécanismes d'adaptation afin de poursuivre leur cheminement.

Comment soutenir le couple sur son chemin du « faire famille » ? Comment les aider à transformer l'horreur qui les habite en un moment fondateur ? Quelle place occupent les professionnels de santé dans ce parcours et comment vivent-ils eux-mêmes ces pertes ?

« Les témoignages des parents illustrent l'impact positif de l'accompagnement des associations de soutien dans le processus de deuil périnatal. Ils mettent en évidence l'importance de l'écoute, du soutien émotionnel, de l'information pratique et des espaces de partage entre parents endeuillés »⁵. Ces témoignages reflètent la diversité des besoins des parents et la façon dont les groupes de paroles et d'entraide peuvent les accompagner en leur offrant un soutien adapté à leur situation unique. Les groupes de paroles, en faisant circuler les ressentis entre pairs, offrent un espace de partage, de soutien mutuel et de validation émotionnelle (Soubieux & Caillaud 2022).

Le travail de recherche de L. Sani (2019), s'intéressant aux groupes de soutien que l'on peut trouver sur internet, confirme la valeur des groupes d'entraide ou des groupes de paroles en présentiel. Bien que certains participants considèrent les groupes Facebook similaires en termes d'objectifs, les résultats ont montré que leur utilisation prolongée peut entraîner un risque plus élevé de dépression et de deuil compliqué. Les groupes de parole en présentiel sont considérés comme essentiels, surtout pour les femmes ; rendre les groupes de parole plus accessibles, socialement et géographiquement, est perçu comme fondamental par les parents en deuil.

Si travail de deuil devient complexe, les bénévoles sont formés pour repérer les difficultés et sont capables d'orienter les parents vers un professionnel du psychisme. Souvent échaudés par la banalisation que renvoie leur entourage, les parents cherchent à être compris et légitimés dans leur peine et apprécient d'être adressés à des thérapeutes ayant de l'expérience dans le domaine périnatal.

Un des points-clés de l'accompagnement, reste la place donnée aux parents et la reconnaissance de leur vécu : lors des rencontres, les parents peuvent exprimer de manière nuancée et large leur vécu lors du décès et du deuil, et ce en présence de pairs ou de soignants qui « écoutent » authentiquement leur parole, sans tenter de rapidement amener solution ou consolation. Le rôle de l'accompagnant est de soutenir les uns et les autres dans leurs positions d'expression et d'écoute réciproques.

Les soignants font ainsi une expérience importante pour eux, quant à l'utilité de ne pas couvrir les émotions par un vernis de réassurance immédiate. Au contraire, ils apprennent à supporter (tant pour eux-mêmes que dans le sens de « soutenir ») ces émotions, qu'ils retrouvent lors des rencontres au moment du décès.

L'accompagnement des parents confrontés à un décès périnatal consiste en une suite de propositions envisagées dans un cadre-repère, et non en une série d'obligations à remplir dans un protocole préétabli. Envisagé ainsi, il permet un cheminement parental par étapes successives et laisse une grande autonomie aux parents quant aux décisions à prendre tout au long de ce difficile parcours.

Les associations dédiées à l'accompagnement des familles proposent des rituels autour du décès d'un enfant, tout en tenant compte de leurs représentations, du type de lien qu'ils ont pu commencer à construire et de leurs projections. Ces associations se chargent également d'organiser différents événements collectifs et rituels tout au long de l'année : cérémonie commémorative, « fête des parents », journée mondiale du deuil périnatal, « Noël des tout-petits ».

Ces pratiques sont à disposition des parents pour lesquels elles ont du sens. Au silence et à la dénégation d'un passé récent, les professionnels soignants et administratifs de périnatalité, les professionnels du funéraire et les

5. Présentation de Maryse Dumoulin : l'association « Nos Tout Petits » à Lille a élaboré des pratiques fondées sur le besoin de reconnaissance de la perte de l'enfant mort, dans la période périnatale (indifféremment de son âge de grossesse), ou de la petite enfance ; ce besoin de reconnaissance s'adresse aux familles.

bénévoles d'associations commencent à substituer une façon de penser autrement ces morts-là. « *En prônant l'abandon et l'oubli, on a refusé aux parents les pratiques rituelles de séparation. Sans trace concrète d'existence, sans souvenir, la remémoration, dont aucun « travail de deuil » ne peut faire l'économie, est très difficile* » (Dumoulin 2008).

Il s'agit d'amener les parents à accueillir leur nouvel enfant, même s'il est mort ou s'il va mourir, même s'il est extrêmement prématuré et/ou malformé, à l'inscrire dans l'histoire de leur famille, afin de leur permettre de mieux s'en séparer et d'entamer le deuil. Les souhaits peuvent être très différents selon les parents, voire au sein même d'un couple, et l'expérience montre que l'attitude finale est souvent différente du souhait initial. « *La mise en place d'un véritable accompagnement et de pratiques de deuil ritualisées aident les parents à donner une réalité à l'enfant décédé. L'inscrire dans l'histoire de sa famille évite de faire de leur tout-petit enfant, un mort sans souvenir* » (Dumoulin 2008).

Ainsi, l'accompagnement du deuil périnatal aux différentes étapes du parcours permet aux parents de vivre la perte de leur enfant et de prévenir la survenue de complications psychopathologiques. Il passe par la reconnaissance et le respect d'un enfant dans le fœtus décédé, et de ses parents dans le couple qui l'a conçu.

CONCLUSION

Les jeunes parents ont peu d'expériences de la mort et sont démunis lorsque l'enfant à naître ou à peine né vient à mourir. Leur entourage, dans une intention de les consoler, aura tendance à minimiser leur souffrance, en référence à la courte vie de cet enfant-là, restant un être en devenir, une projection de leurs propres rêves.

Or, sur le plan psychique, ces femmes, ces hommes, les membres de leur famille, perdent un des leurs, avec les liens qu'ils ont commencé à tisser. Leur travail de deuil concerne une partie d'eux-mêmes, sur le plan du narcissisme primaire, mais aussi les projets en lien avec l'arrivée de l'enfant dans la famille. Et lorsqu'il s'agit du premier enfant du couple, le nouveau-né devait « faire famille », permettre à la femme et à l'homme qui l'ont conçu de devenir une mère et un père.

Le glissement des places est également compliqué au sein de la fratrie, puisque ce bébé mort restera au stade de bébé aux différentes étapes d'évolution de la famille. De plus, les enfants de la fratrie peuvent avoir du mal à comprendre la situation, à trouver des repères et à exprimer leurs émotions. Leurs parents peinent à accueillir et à encadrer leurs symptômes, expression de leur souffrance, pris eux-mêmes dans cette dévastation.

Comme il est compliqué de se séparer d'un « rien » et difficile de faire le deuil sans pouvoir rassembler de souvenirs, ces femmes et ces hommes dont le bébé est mort se considèrent-ils parents ? Que leur renvoie la société ? Sur quoi porte leur souffrance ?

L'accompagnement individuel permet d'explorer les émotions, les croyances et les processus de reconstruction propres à chaque membre de la famille. Les groupes de paroles révèlent la fonction de reconnaissance de la place de l'enfant mort dans le groupe social.

Les regards croisés des auteurs et les expériences portées par les associations de soutien au deuil périnatal donnent l'occasion d'éclairer cette problématique. La prise en considération des projections anténatales permet de situer l'importance de la place de chacun et son rôle dans cette représentation partagée, parfois autour d'une absence, qu'est la structure familiale.

Références :

- Bacqué M.-F., Merg-Essadi D. (2013), Des corps immémoriaux... Devenir du corps de l'enfant mort autour de la naissance. Deuils social et psychologique des parents, *Corps*, 11, p. 57-67.
DOI : 10.3917/corp1.011.0057. URL : <https://www.cairn.info/revue-corps-2013-1-page-57.htm>
- Bacqué M.-F., Sani L., Rauner A., Losson A., Merg-Essadi D., Guillou P. (2018), Mort périnatale et d'un jeune enfant. Histoire des rites et des pratiques funéraires en Europe issus de l'expression affective et sociale du deuil. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66/4, p. 240-247.

D. Merg-Essadi : Faire famille autour d'un enfant disparu.

- Bion W. R., Robert F. (2007). *Aux sources de l'expérience*. Bibliothèque de psychanalyse. Nouvelle éd. Paris, PUF.
- Bowlby J. (2015). *L'attachement*. 5e éd, Paris, PUF.
- Braccini V. & Petitjean H. (2022), *Le paradoxe de l'observateur*, dossier des *Cahiers de systémique*, n° 1, Strasbourg, Éditions de l'III.
- Bydlowski M. (2008). Le « mandat transgénérationnel ». In *Qu'avons-nous fait du mandat transgénérationnel de Serge Lebovici ?* Toulouse, Érès, 1001 bébés.
- Cramer B., Palacio Espasa F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés : études cliniques et techniques*. Le fil rouge, Paris, PUF.
- Darchis É. (2016). *Clinique familiale de la périnatalité*. Psychismes, Paris, Dunod.
- Dugnat M. (2004). *Devenir père, devenir mère : naissance et parentalité*. Toulouse, Érès.
- Dumoulin M. (2004). Le deuil de l'enfant de la grossesse. in *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris, PUF.
- Dumoulin M. (2008). Des morts sans souvenir la mort des tout-petits. *Études sur la mort*, 133/1, p. 85-89.
- Guedeney P (2004). Des femmes enceintes avec une pathologie psychiatrique chronique. Préjugés, difficultés et opportunités. In *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris, PUF, p. 369-378.
- Houzel D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse, Érès.
- Le Grand-Séville C. (2004), Anthropologie de la mort périnatale aujourd'hui. *Spirale*, 31/3.
- Lebovici S., Stoleru S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : les interactions précoces*. Nouv. éd. Paris, Bayard.
- Mellier D. (2015). *Le bébé et sa famille : place, identité et transformation*. Inconscient et culture, Paris, Dunod.
- Merg-Essadi D. (2010), Les fonctions réciproques de la mémoire et de l'oubli. L'exemple du travail d'acceptation dans les cas de deuil périnatal, *Revue des sciences sociales*, 44, p. 100-109.
- Merg-Essadi D. & Bacqué M.-F. (2022), Paradoxes de la position du/de la psychothérapeute, entre pratique et recherche, *Cahiers de systémique*, 1, p. 39-50.
- Missonnier S. (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Monographies de la psychiatrie de l'enfant*. 1ère éd. Paris, PUF.
- Perard-Cupa D. & al. (1992). Bébé imaginé et interactions précoces. *Devenir*, 4/2, p. 47-60.
- Romano-Chardin H. (2015). Avec la collaboration de M.-F. Bacqué et D. Merg Essadi, *Accompagner le deuil en situation traumatique : dix situations cliniques*. Paris, Dunod.
- Rousseau P. (2001), Deuil périnatal : transmission intergénérationnelle. *Études sur la mort*, 119/1, p. 117-137.
- Sani L., Bacqué M.-F. (2019). Les enfants morts autour de leur naissance ont-ils réellement disparu? Comparaison Italie/France de l'acceptation sociale et de la reconnaissance juridique du deuil périnatal, *Études sur la mort*, 151/1, p. 49-65.
- Sani L. (2019). *Conséquences de la perte d'un enfant avant l'âge d'un an. Soutien psychologique et groupes thérapeutiques*. Thèse doctorale, Strasbourg.
- Soubieux M.-J. & Caillaud I. (2022). Le millefeuille du deuil périnatal. In *Deuil périnatal et groupe de parole pour les mères*. La vie de l'enfant, Toulouse, Érès. p. 33-52
- Stroebe M. & Schut H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23/3, p. 197-224.
- Villecourt-Couchat I. (2018). Accession à la parentalité, solitude maternelle psychique... et communauté virtuelle. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 70/1, p. 127-136.
- Winnicott D.-W. (1997). *Le bébé et sa mère*. Paris, Payot.